WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MARZEC — KWIECIEŃ

ROK IX 1938 NUMER 2

Dr STEFAN SCHWARZ. Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala Św. Łazarza w Krakowie. (Ordynator: Doc. Dr J. Szymanowicz).

O ANTYSEPTYCE W POŁOŻNICTWIE I CHIRURGII CHORÓB KOBIECYCH.

(Referat według Nowin Lekarskich 1938 Nr 1).

Znaczenie antyseptyki zarówno w położnictwie jak i w chirurgii schorzeń kobiecych nie tylko że nie zmalało odpowiednio do wzrostu i udoskonalenia aseptyki ale rozwija się i powiększa przez wzbogacenie zasobu środków z tej dziedziny.

Utrzymywanie się tak wielkiego znaczenia antyseptyki w omawianych gałęziach medycyny tłumaczy się przede wszystkim odrębnymi właściwościami pola operacyjnego, z jakimi położnik i ginekolog najczęściej się spotyka, a następnie warunkami zewnętrznymi w jakich zmuszony bywa pracować.

Wobec tego, że na oddziale położniczym i chorób kobiecych szpitala Św. Łazarza w Krakowie dotychczasowe środki antyseptyczne (jodyna, sublimat) nie stały na wysokości zadania, rozpoczęto przeprowadzać próby z niedawno wytworzonym przez firmę „Bayer" Zephirolem. Zephirol stosowano najpierw do odkażania pola operacyjnego przed zabiegami, przeprowadzając równocześnie szereg badań bakteriologicznych zarówno pola operacyjnego jak i rąk operujących. Doskonałe i dotąd nieosiągane wyniki sprawiły, że obecnie Zephirol stosuje się szeroko jako wszechstronny środek odkażający.

Odkażanie pochwy Zephirolem autor wykonywa sposobem zasadniczo zbliżonym do metody *Stoeckla* t. zn. przemywa roztworem 5 : 1000, uciskając silnie i starając się wyprostować fałdki maczakami, zmieniając często maczaki i odkażając oczywiście również ścianę tylną przykrytą wziernikiem. Roztworu używa się dużą ilość — około 3 litrów. Po wymyciu powyższym roztworem wycieramy jeszcze maczakiem napojonym roztworem 1%-owym ściany pochwy. W przypadkach szczególnie niepewnych używamy Zephirol w stężeniu handlowym, t. j. 10%-owym. Badanie rozmazów pochwy po takim

odkażeniu wykazuje wzorową czystość, utrzymującą się dłuższy czas, bo aż do 48 godzin.

Praktycznie przebieg pooperacyjny i gojenie się ran było zawsze bez zarzutu i nie spostrzegano powikłań, które można by przypisać wadliwemu odkażeniu pola operacyjnego.

Wykonano już ponad 400 wyłyżeczkowań leczniczych próbnych i położniczych, odkażając pochwę 1 — 2 litrami roztworu Zephirolu 5 : 1000, a skórę sromu i samą szyjkę roztworem 1%-owym i stwierdzono w przypadkach powyższych brak jakichkolwiek powikłań, mogących mieć związek z odkażaniem pola operacyjnego.

Gojenie się ran po około 50 zabiegach plastycznych pochwy i 20 takichże zabiegach szyjki macicznej było wzorowe.

W 24 przypadkach wyjęcia macicy przez pochwę przebieg pooperacyjny i gojenie się ran operacyjnych były doskonałe. Nie spostrzegano w tych przypadkach zadrażnień otrzewnej małej miednicy, jakie zdarzały się niekiedy przy poprzednio stosowanych sposobach odkażania. W 3 przypadkach odprostowania macicy i 2 wyjałowieniach przez pochwę chore przebyły zabiegi bez odczynów ze strony otrzewnej a rany operacyjne zgoiły się przez rychłozrost. Podobnie w 9 przypadkach otwierania macicy sposobem *Dührssena* przebieg pooperacyjny był zawsze bezgorączkowy, odchody nie cuchnące a cięcia goiły się wzorowo.

Przypadki położnicze potwierdziły ogólnie wyniki uzyskane w ginekologii. Odkażenie sromu zarówno przed badaniem położniczym jak i przed wszelkimi zabiegami roztworem 5 : 1000 i następnie 1 : 100 okazało się nie tylko wystarczającym ale pod wieloma względami przewyższającym poprzednie sposoby.

Wszystkie zalety Zephirolu, występujące przy odkażaniu tak trudnego do odkażania pola jak pochwa, uwydatniają się jeszcze lepiej na polach stosunkowo łatwiejszych a więc na skórze brzucha, rękach operatora a dalej na rękawiczkach i narzędziach.

Skórę brzucha odkażamy zmywając ją dość energicznie maczakami napojonymi roztworem Zephirolu, pierwszy raz 5 : 1000, drugi raz 1 : 100. Po zmyciu Zephirolem wycieramy skórę na sucho i zmywamy ją ostatecznie zmywakiem z eterem. Po ukończeniu zabiegu zmywamy linię cięcia również eterem. Wyniki tego postępowania są znakomite. Gojenie następuje przez rychłozrost, a żadne zadrażnienia skóry nie zdarzają się.

Odkażanie rąk przeprowadzamy obecnie myjąc je bieżącą wodą i mydłem w ciągu 10 minut, zmieniając dwukrotnie szczotki. Następnie zmywa się ręce bieżącym strumyczkiem roztworu Zephirolu 5 : 1000 w ciągu około 3 minut. Z równie dobrym wynikiem można wymyć ręce w takim samym roztworze w miednicy.

W 3 nagłych przypadkach ciąży pozamacicznej poprzestano na 3 minutowym wymyciu rąk stężonym Zephirolem. We wszystkich tych przypadkach przebieg pooperacyjny i gojenie się ran były najzupełniej dobre. Posiewy z „soku rękawiczkowego" dokonywane przeciętnie po 30 minutach od chwili mycia były u wszystkich zespołów operacyjnych jałowe.

Doskonałe wyniki uzyskiwaliśmy przy używaniu Zephirolu do odkażania zakażonych rękawiczek gumowych. Rękawiczki tego rodzaju zmywano roztworem Zephirolu 5 : 1000, po czym dokonywano posiewów na płytki żelatynowe. Okazało się, że posiewy te były stale jałowe. Dodać wypada, że Zephirol nie wywiera niszczącego działania na gumę.

Jeżeli chodzi o odkażanie narzędzi, to przede wszystkim nadaje się Zephirol do przechowywania cewników, wzierników i do odkażania cystoskopów a także i innych narzędzi. Najbardziej celowym wydaje się przechowywanie w 1%-owym roztworze Zephirolu (z dodatkiem odrobiny 0,5% Natrium nitrosum) noży operacyjnych po ostrzeniu, aby ich nie stępiać przez gotowanie.

Zbierając powyższe spostrzeżenia stwierdzić należy, że w Zephirolu znajduje przede wszystkim położnik i ginekolog środek niezwykle cenny o własnościach dotąd u tego rodzaju środków nie spotykanych.

Przede wszystkim posiada on niezwykle dużą siłę bakteriobójczą, wielokrotnie przewyższającą wszystkie bez wyjątku dotychczas znane środki odkażające, a przy tym nie wywiera działania niszczącego na tkanki ustroju.

Działanie Zephirolu jest bardzo głębokie, jak to wynika z doświadczeń z „sokiem rękawiczkowym". Być może, że sok ten utrzymuje się w stanie niezakażonym także dzięki zawartości resztek Zephirolu między ręką a rękawiczką. Jako dalszą niemniej ważną zaletę Zephirolu podnieść należy brak działania drażniącego tkanki, na które jest stosowany. Gojenie się ran operacyjnych jest zawsze wzorowe, nigdy nie spostrzega się zadrażnień skóry, spotykanych dość często przy odkażaniu pola operacyjnego innymi środkami. Zephirol nie zmienia poza tym ani barwy ani zbitości odkażanych nim tkanek. W końcu woń tego środka, nie tylko że nie odrażająca ale nawet dość przyjemna, również podnosi w pewnej mierze jego wartość.

Wyniki stosowania omówionych powyżej sposobów odkażania w dziedzinach położnictwa i ginekologii wskazują wybitnie, że z dotąd znanych środków odkażających Zephirol okazał się najlepszym. Możność szybkiego i pewnego odkażania trudnego pola operacyjnego, rąk i narzędzi stanowi, obok braku ubocznych działań, o wartości Zephirolu.

Dr Hennes i *dr Kemen*, Akwizgran (Klin. Wo. 1936, Nr 11); *Dr Keiffenheim*, Akwizgran (Münch. med. Wo. 1936, Nr 32); *Dr Krebs*, Akwizgran (Münch. med. Wo. 1936, Nr 36); *dr Stangier*, Akwizgran (Med. Klin. 1936, Nr 42); *prof. dr Slauck*, Akwizgran (Med. Kl. 1936, Nr 49, Th. Ggwt. 1937, Nr 3, M. M. W. 1937, Nr 23); *dr Gehlen*, Akwizgran (ibid); *dr Rothschuh* i *Benard*, Akwizgran (Kl. Wo. 1936, Nr 50; Med. Welt 1937, Nr 3); *dr Brings*, Akwizgran (Kl. Wo. 1937, Nr 8).

W SPRAWIE ZAGADNIENIA REUMATYZMU.

Hennes i Kemen: Według *Krebsa* (Dtsch. med. Wschr. 1933, str. 1570) zapalne schorzenia reumatyczne można odróżnić od niezapalnych za pomocą odczynu opadania krwinek; przyspieszenie opadania dowodzi zapalnego charakteru sprawy. Kontynuując te badania różnicowe, *Weltmann* (Med. Klin. 1930, str. 240) znalazł przy zapalnych wysiękowych schorzeniach reumatycznych przesunięcie obrazu ciałek białych na lewo, natomiast przypadki gośćca przebiegającego ze skłonnością do zmian łącznotkankowych wykazywały przesunięcie na prawo. *Hennes* i *Kemen*, sprawdzając dane *Weltmanna* w przypadkach zapaleń wielostawowych i choroby Bechterewa, nie mogli w zupełności potwierdzić spostrzeżeń tego autora.

Keiffenheim: Gudzent próbował wytłumaczyć cierpienia reumatyczne jako odczyn alergiczny w stosunku do białka (przeważnie białka rybiego). Ostatnią swą pracę na ten temat ogłosił *Gudzent* w Dtsch. med. Wschr. 1937, Nr 15. *Keiffenheim* wykazał, że w przypadkach zapalenia stawów stwierdza się wprawdzie nadwrażliwość na obce białko, jednakże ludzie, którzy nigdy na reumatyzm nie cierpieli, również mogą wykazywać odpowiedni dodatni odczyn, zwłaszcza w stosunku do białka rybiego. W schorzeniach reumatycznych próby odczulania nie dały dotychczas zadowalających wyników leczniczych.

Krebs: Chorych dotkniętych zaburzeniami o cechach artrozy *Krebs* leczy preparatami farmakologicznymi jedynie w wyjątkowych przypadkach; chorzy cierpiący na zapalne zmiany stawowe przeważnie doskonale reagują na Pyramidon, który należy w razie potrzeby stosować w ciągu długich miesięcy w dostatecznie dużych dawkach. Leczenie bodźcowe nie dawało tak pomyślnych wyników jak Pyramidon; również i dieta surówkowa pozostawała przeważnie bez wyraźniejszego wpływu.

Stangier: W przypadkach zniekształcających schorzeń stawowych nie stwierdza się prawie nigdy przyspieszenia szybkości opadania krwinek czerwonych (błąd 0,6%), natomiast schorzenia zapalne przebiegają przeważnie z przyspieszeniem opadania (błąd 20%). Pyramidon, oddziaływując pomyślnie na zasadnicze cierpienie reumatyczne, doprowadza jednocześnie do normy również i opadanie krwinek. Wyniki kliniczne ujawniały się często dopiero po poprawie opadania. W spostrzeżeniach *Stangiera* „przyczynowe" usuwanie ognisk pierwotnych (migdałki, zęby) nie dawało przekonywujących wyników (w przeciwieństwie do spostrzeżeń *Slaucka*). Badanie opadania krwinek,

dowodzące znaczenia rozpoznawczego tej metody, opiera *Stangier* na materiale 1102 chorych. *Stangier* jest zwolennikiem leczenia kombinowanego: Pyramidonem i kąpielami.

Gehlen: Gehlen leczył Pyramidonem 1700 chorych cierpiących na reumatyzm. Zaburzeń w obrazie krwinek białych nie stwierdzono ani razu; jedynie w pojedyńczych przypadkach występowały objawy prawdziwej idiosynkrazji. Działanie lecznicze Pyramidonu można spotęgować za pomocą wyciągów wątrobowych (Campolon). Podczas leczenia kąpielowego można zaniechać podawania Pyramidonu, gdyż nie poprawia on wyników kuracji uzdrowiskowej. Zakłady Ubezpieczeniowe Nadrenii i Westfalii stosują jako bezpośredni dalszy ciąg leczenia kąpielowego terapię pyramidonową, która zwiększa i utrwala wyniki osiągnięte w uzdrowisku. Wśród chorych leczonych w ten sposób Pyramidonem wyniki ostateczne okazały się o 25% lepsze niż u chorych, którzy Pyramidonu nie otrzymywali.

Rothschuh i *Benard:* Od roku 1931 wszyscy chorzy, cierpiący na gośćcowe zapalenie wielostawowe i odbywający kurację w Akwizgranie - Zdroju, byli leczeni nie tylko kąpielami, lecz również Pyramidonem. Całość kuracji trwa 6 tygodni, dobowa dawka Pyramidonu wynosi 2 — 3 g, dawka ogólna 80 — 120 g. Wobec tego, że nierzadko również chorzy, którzy Pyramidonu nie otrzymywali, poprawiali się bardzo dobrze wyłącznie pod wpływem leczenia fizykalnego, *Rothschuh* i *Benard* porównywali wyniki osiągnięte u 500 chorych leczonych Pyramidonem i kąpielami z wynikami osiągniętymi u 500 chorych leczonych tylko metodami fizykalnymi (z roku 1929—1930); wszystkie obserwacje dotyczyły chorych cierpiących na pierwotne przewlekłe zapalenie wielostawowe. Wyraźnej różnicy między tymi dwiema grupami nie stwierdzono. Wyniki były na ogół jednakowe; dowodzi to, że współudział Pyramidonu, uszczelniającego naczynia krwionośne, nie wzmacnia wyników leczenia kąpielowego.

Natomiast w przypadkach wtórnie przewlekłego zapalenia wielostawowego leczenie pyramidonowo-kąpielowe dawało lepsze wyniki niż zwykła terapia fizykalna. W przypadkach tego rodzaju *Rothschuh* i *Benard* zalecają leczenie kombinowane Pyramidonem i kąpielami. Jak zachowują się przypadki zapalenia wielostawowego leczone tylko Pyramidonem bez kąpieli, tego w Akwizgranie - Zdroju zbadać nie było można.

Spośród 2300 chorych dotkniętych zapaleniem wielostawowym lub chorobą Bechterewa, którzy otrzymywali codziennie 2 — 3 g Pyramidonu przy czym dawka ogólna wynosiła 30 — 130 g lub więcej, zaledwie jeden raz stwierdzono leukopenię (1800), która zresztą prawdopodobnie wcale nie zależała od stosowania Pyramidonu; chora, 30-letnia kobieta, cierpiąca na zapalenie wielostawowe, otrzymała 312 g amidopyriny. Po dłuższym czasie od chwili odstawienia amidopyriny, podczas przyjmowania innego nieznanego środka, który wywołał żółtaczkę, ponownie wystąpiła przemijająca leukopenia.

Brings: Komórki wysiękowe znajdujące się w pęcherzach wywołanych na skórze pod wpływem kantarydyny posiadają zdolność rozkładania cukru. Stopień rozkładania cukru (podobnie jak i ilość komórek wysiękowych) jest wyrazem gotowości zapalnej. Stopień rozkładania cukru mierzymy przez porównanie określanej zawartości cukru w pęcherzu i we krwi; ustalamy różnicę między cukrem we krwi i w pęcherzu i obliczamy tę różnicę odsetkowo w stosunku do cukru we krwi; dane procentowe są miernikiem natężenia stanu zapalnego. Metodę powyższą podał *Markees* (Klin. Wschr. 1935 str. 260). *Brings* zastosował ją do badania przeciwzapalnego działania Pyramidonu. Ponadto obliczano szybkość opadania krwinek. Chorzy dotknięci przewlekle reumatycznym zapaleniem stawów odbywali następującą kurację: odpowiednie zabiegi kąpielowe; w ciągu 2 — 3 tygodni 2 — 3 g Pyramidonu dziennie, następnie 7-dniowa przerwa, potem znowu Pyramidon. Spostrzeżenia autora opierają się na materiale 25 chorych, których zbadano metodą pęcherza kantarydynowego. Badania wykazały, że natężenie zapalenia w przebiegu leczenia początkowo zwiększało się, a pod koniec obserwacji ponownie zmniejszało się, że szybkość opadania była pod koniec kuracji mniejsza niż na początku oraz że szybkość opadania i natężenie zapalenia nie przebiegają równolegle. Pewne niezgodności w tych wynikach i brak wyraźnego stosunku między zapaleniem i opadaniem krwinek uzależnia *Brings* od połączenia „przeciwzapalnego" Pyramidonu z leczeniem kąpielowym, aktywującym stany zapalne. *Brings* tłumaczy działanie Pyramidonu nie tyle zmniejszeniem gotowości zapalnej (czyli ochroną przed uchodzeniem ciałek białych) ile zagęszczeniem naczyń włosowatych; to zagęszczenie utrudnia przechodzenie cząsteczkom, lecz nie dotyczy żywych leukocytów. Stąd pochodzi częsty brak równoległości między odczynami zapalenia i opadania. Gdyby Pyramidon działał bezpośrednio przeciwzapalnie, to musiałby on wprost przeciwdziałać kuracji kąpielowej, która aktywuje zapalenia i sprzyja przenikaniu leukocytów.

Powyższy sposób ujęcia działania Pyramidonu nie pomniejsza bynajmniej jego wartości leczniczej, gdyż przewlekły reumatyzm stawowy jest przecież chorobą, przy której Pyramidon może energicznie zwalczać jeden z najważniejszych objawów cierpienia, a mianowicie zwiotczenia ścian włośniczek.

Odczyn opadania krwinek i natężenie zapalenia określane metodą *Markeesa* w pęcherzu kantarydynowym nie mogą przebiegać równolegle, gdyż zjawiska te są miernikami różnych stron narządu zapalnego. Odczyn opadania mierzy gotowość do zapalenia surowiczego a odczyn kantarydynowy — do zapalenia ropnego.

Slauck: Slauck uznaje w znakomitej większości przypadków zapaleń stawów podłoże bakteryjne; czynniki alergiczne nie odgrywają w powstawaniu cierpienia większej roli. W porównaniu z podstawową sprawą zakażenia bakteryjnego zaburzenia alergiczne znajdują się niewątpliwie na drugim planie. Uznanie zakażenia jako jedynej przyczyny schorzeń reumatycznych zmusza

nas do starannego poszukiwania wrót wejścia zarazka i do leczenia zębów i narządów gardła („wyleczenie ognisk"). Leczenie fizykalne (kąpiele) ma na celu wzmocnienie sił obronnych.

1936 reumatyków leczonych w Akwizgranie - Zdroju *Slauck* dzieli na następujące grupy:

1. Reumatyzm zakaźny: 94%.
   a) Obraz chorobowy rozsiania krwiopochodnego (ostry reumatyzm stawowy, ostry reumatoid pochodzenia bakteryjnego, podostro-przewlekłe zakaźne zapalenie stawów, wtórnie - przewlekłe zapalenie wielostawowe i stany następcze): 6%.
   b) Ogniskowo - toksyczne obrazy chorobowe (neuromyalgie, zapalenia nerwów, podstępnie przewlekły reumatyzm stawowy oraz t. zw. pierwotnie przewlekłe zapalenie wielostawowe, choroba Bechterewa ze stanami następczymi oraz Arthrosis deformans): 80%.
   c) Postacie mieszane z a) i b): 8%.

2. Mechaniczno - zwyrodnieniowe stany chorobowe (konstytucjonalne zwiotczenie wiązadeł stawowych wzgl. słabość nośna, zaburzenia statyczne, czyste postacie artrozy, dolegliwości z przeciążenia i zawodowe): 4%.

3. Zaburzenia retencji i wydalania (dna, kwasica cukrzycowa, nadciśnienie i stwardnienie tętnic, wybitne zaburzenia wewnętrznego wydzielania): 1½%.

4. Różne (np. objawowe zaburzenia stawowe przy schorzeniach układu nerwowego i t. d.): ½%.

Czynnik zakaźny reumatyzmu ma więc znaczenie największe. Ogniska zapalne znajdują się przeważnie w zębach, migdałkach, w uszach i w zatokach dodatkowych nosa. Wobec tego, że wykrycie czynnych ognisk nie zawsze jest łatwe, wskazana jest w odpowiednich przypadkach współpraca laryngologa, dentysty i reumatologa, która nierzadko umożliwia skuteczne zwalczenie właściwego źródła choroby. Często stwierdza się u chorego obecność licznych ognisk i poprawa następuje dopiero po usunięciu ostatniego ogniska. Częstość schorzeń reumatycznych jest kolosalna: na podstawie statystyki szwajcarskiej *Slauck* wykazał, że na jednego chorego na gruźlicę przypada 36 chorych dotkniętych schorzeniami reumatycznymi.

Oprócz leczenia kąpielami, naświetlaniami i masażem oraz stosowania środków przeciwbólowych *Slauck* podaje w każdym przypadku ostrego lub podostrego zapalenia wielostawowego duże dawki Pyramidonu. Być może, że zdarzają się chorzy uczuleni na działanie Pyramidonu, jednakże *Slauck* w swoim materiale obserwacyjnym nie widział ani razu prawdziwej agranulocytozy, wynikłej z przedawkowania preparatu. Leczenie każdego zapalenia wielostawowego należy rozpoczynać od wielkich dawek Pyramidonu. Pyramidon można podawać również w czopkach po 0,7 g. Ogólna dawka dobowa może dochodzić do 3 g. Gdybyśmy chcieli postępować w sposób szczególnie ostrożny, możemy rozpocząć od małych dawek Pyramidonu i co pewien czas

badać obraz krwi. *Slauck* uzależnia lecznicze działanie Pyramidonu nie tyle od jego działania przeciwbólowego i napotnego, lecz przede wszystkim od własności zagęszczania naczyń, które w postaciach ostrych, przebiegających z rozsiewaniem zarazków, może stanowić czynnik zapobiegawczy przeciwko przerzutom do stawów. Wobec tego, że po przeniknięciu zarazków chorobotwórczych do krążenia krwi należy się liczyć z możliwością osiedlenia się ich w ustroju, a leczenie czysto hydroterapeutyczne pobudza zawsze przemianę materii, *Slauck* stosuje Pyramidon również w przewlekłych przypadkach krwiopochodnych, czyli przy t. zw. wtórnie przewlekłym zapaleniu wielostawowym. Pyramidon należy według *Slaucka* podawać podczas i po kuracji kąpielowej, jednakże ogółem nie dłużej niż przez 1 — 2 miesiące. Następnie zarządza się miesięczną przerwę i ponownie wznawia się leczenie. Leczenie to zapobiega do pewnego stopnia nawrotom. W przypadkach szczególnie złośliwych zakażeń bakteryjnych wskazane jest wzmacnianie sił obronnych ustroju za pomocą Omnadiny, witaminy C i preparatów wątrobowych. W przypadkach zakażeń paciorkowcowych Prontosil może wpływać dodatnio na przebieg choroby. Ponadto należy usuwać ogniska miejscowe w zębach, migdałach, zatokach nosowych i t. d. Po wyleczeniu ognisk podaje się przez dłuższy czas Pyramidon bez jednoczesnych kąpieli. Zaburzenia krążeniowe wymagają stosowania naparstnicy i t. d. Chorzy znajdujący się w stanie niewyrównania bezwarunkowo nie nadają się do leczenia kąpielowego.

Prof. W. ERCKLENTZ i dr B. W. ERCKLENTZ. Miejski Szpital Wszystkich Świętych w Wrocławiu.

ODTRUWAJĄCE I PRZECIWALERGICZNE DZIAŁANIE TORANTILU.

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1936, Nr 1).

Torantil jest związkiem, który unieszkodliwia wytwarzającą się w ustroju histaminę (*Rigler* M. M. W. 1936. Nr 1). Klinicznie Torantil jest wskazany we wszystkich chorobach pochodzenia alergicznego oraz cierpieniach, które polegają na niedostatecznej czynności odtruwającej ściany kiszek. Autorzy stosowali Torantil w następujących stanach chorobowych:

1. *Gastritis superacida, Ulcus ventriculi et duodeni.*

Autorzy leczyli Torantilem 20 chorych, którzy cierpieli na nadkwaśny nieżyt żołądka lub wrzód żołądka i dwunastnicy, zwłaszcza o przebiegu przewlekłym. U wszystkich tych chorych bóle i inne dolegliwości ustąpiły pod wpływem Torantilu przeważnie już na drugi dzień po zapoczątkowaniu leczenia i jedynie w kilku przypadkach dopiero po 6 dniach. Poprawa okazała się trwała i w czasie obserwacji nawrotów nie stwierdzono. Wobec tego, że więk-

szość chorych poprzednio już się bezskutecznie leczyła różnymi sposobami, wyniki te były dla pacjentów wprost zdumiewające i chorzy prosili, aby im po wypisaniu się ze szpitala dać na wszelki wypadek stosowane lekarstwo.

2. *Colitis gravis, ulcerosa i Colica mucosa.*

Wyniki jeszcze pomyślniejsze niż przy chorobach wymienionych w punkcie 1. udało się osiągnąć za pomocą Torantilu w 8 przypadkach poważnych i uporczywych schorzeń kiszek grubych (Colitis gravis, ulcerosa i Colica mucosa). Wśród chorych było kilku, u których wszelkie poprzednio stosowane zabiegi lecznicze pozostawały zupełnie bez wpływu na przebieg choroby.

1) Chora lat 48. Od 15.12.34 obfite, bolesne biegunki. Kał zawiera domieszkę ropy i krwi. 21.12. chora zapisała się do szpitala. Badanie rektoskopowe wykazało znaczne obrzmienie śluzówki odbytnicy i obecność śluzowo-ropnych nalotów. Zarazków chorobotwórczych nie wykryto. Natychmiast zastosowano Torantil, początkowo 1 cm^3 dziennie domięśniowo. Już po pierwszych trzech wstrzyknięciach domieszka ropy i krwi zniknęła zupełnie. Jednocześnie dolegliwości chorej zmniejszają się wyraźnie i po dalszych 7 wstrzyknięciach ustępują bez śladu. Tolerancja wstrzykiwań była doskonała. Po ukończeniu leczenia wstrzykiwaniami chora otrzymywała jeszcze przez 8 dni doustnie Torantil w drażetkach. Wynik kuracji: błona śluzowa odbytnicy i wypróżnienia normalne.

2) Chory lat 58. Od dłuższego czasu wypróżnienia ze znaczną domieszką śluzu i ropy. Na rozmazie z kiszek liczne komórki eozynochłonne; we krwi liczba eozynofilów zwiększona. Badanie rektoskopowe wykazuje liczne, rozsiane, zapalnie zmienione ogniska na śluzówce odbytnicy, częściowo owrzodzone i krwawiące, częściowo pokryte gęstymi nalotami ropnymi. Zastosowano codzienne wstrzykiwania Torantilu po 1 cm^3. Już po 5 dniach stan chorego poprawia się wyraźnie; chory oddaje stolce już tylko 2 razy dziennie, przy czym kał jest sformowany. Dalsze leczenie polegało na doustnym stosowaniu Torantilu w dawkach 3 razy dziennie po 2 drażetki. Wydzielanie ropy i śluzu coraz mniejsze, aż wreszcie ustępuje zupełnie. Chory nie odczuwa absolutnie żadnych dolegliwości, wypróżnienia prawidłowe. Po zakończeniu leczenia chory nie zgodził się na wykonanie rektoskopii.

3) Chory lat 30. Od 8 lat częste dokuczliwe bóle brzuszne wychodzące z okolicy pępkowej i promieniujące ku dołowi. Częste wypróżnienia wodniste z pasmami śluzu i umiarkowanym parciem. Żadne leczenie dotychczas nie pomagało. Obraz krwi wykazuje 44% komórek eozynochłonnych. Rektoskopia: obraz kolki śluzowej z licznymi biało-żółtawymi i brunatnymi błonami do wysokości 20 cm. Leczenie: przez 5 dni wstrzykiwania Torantilu po 1 cm^3, następnie 3 razy dziennie po 2 drażetki. Biegunki i parcie ustępują już w drugim dniu leczenia; eozynofilia zmniejsza się do 15%. Po zakończeniu leczenia śluzówka odbytnicy i stolce zupełnie normalne.

3. *Marskość wątroby.*

Chory lat 59. Rozpoznanie. marskość wątroby (później sekcyjnie potwierdzona). Leczenie: 2 razy dziennie po 3 drażetki Torantilu. Pod wpływem Torantilu samopoczucie chorego, jego stan ogólny i wydolność fizyczna poprawiły się znacznie, tak że pacjent mógł lepiej oddychać, czuł się silniejszy, wstawał z łóżka, wchodził na schody i odbywał niewielkie spacery.

4. *Asthma bronchiale.*

Chory lat 36, lekarz, uporczywa dychawica oskrzelowa. Torantil znakomicie uśmierzył duszność, tak że pacjent oddycha prawie zupełnie swobodnie. Leczenie Torantilem sprawiło, że przerwy między napadami stały się znacznie dłuższe.

5. *Katar sienny.*
Chory lat 62, lekarz. Rozpoznanie: katar sienny. Leczenie Torantilem znacznie złagodziło dolegliwości pacjenta.

Następnie osiągano znakomite wyniki lecznicze u młodych ludzi, przeważnie t.zw. wagotoników, dotkniętych wydzielniczą i ruchową nadczynnością żołądka.

Działanie Torantilu polega prawdopodobnie na odtruwaniu jadów kiszkowych, które przeniknęły do ustroju, a przede wszystkim na unieszkodliwianiu histaminy. *Rigler* wykazał doświadczalnie, że Torantil posiada swoistą zdolność odtruwania toksyn kiszkowych. *Rigler* wstrzykiwał zwierzętom doświadczalnym normalną zawartość kiszek; pod wpływem tego zabiegu wszystkie zwierzęta zdychały; jeżeli natomiast zwierzę otrzymywało uprzednio zastrzyk Torantilu, to wstrzykiwania zawartości kiszkowej pozostawały bez wpływu na stan jego zdrowia. Za jednostkę Torantilu uważa się tę dawkę preparatu, która odtruwa 1 mg histaminy. Biorąc więc pod uwagę wielkie znaczenie histaminy w alergicznych zaburzeniach chorobowych, możemy z łatwością pojąć mechanizm pomyślnego działania leczniczego Torantilu. W przypadkach nieżytów kiszek grubych rozpoczynano leczenie od wstrzykiwań domięśniowych, które nie wywoływały żadnych objawów ubocznych ani bólu. Odpowiednio do natężenia choroby i osiągniętej poprawy potrzeba było przeciętnie 5 — 8 wstrzykiwań; następnie podawano Torantil doustnie w dawce 3 razy dziennie po 2 drażetki. Również i leczenie doustne nie wywoływało żadnych niepożądanych zaburzeń. Drażetki stosowano przeważnie u chorych dotkniętych innymi cierpieniami alergicznymi; colitis było wskazaniem do wstrzykiwań.

Dr HEDERSTRÖM i dr LINELL. Szwedzkie Towarzystwo Internistów.

STARE I NOWE ŚRODKI DO ZOBOJĘTNIANIA KWASU ŻOŁĄDKOWEGO.

(Referat według Nord. Tidsk. 1936).

Dwuwęglan sodu, węglan magnezu i tlenek magnezu posiadają niewątpliwie znaczną zdolność wiązania kwasu, jednakże węglany mają tę wadę, że uwalniający się dwutlenek węgla ponownie pobudza wydzielanie soku żołądkowego. Gdy się bada zdolność różnych preparatów do wiązania kwasów (krzemian glinu, krzemian bizmutu, krzemian wapnia, wodorotlenek glinu, Hydronal) i badania te przeprowadza za pomocą mierzenia pH, to najskuteczniejszymi okazują się preparaty wodorotlenku glinu, a wśród nich zwłaszcza Hydronal.

Nie każdy wodorotlenek glinu posiada zdolność przechodzenia w obecności kwasu solnego do roztworu, przy czym kwas powinien ulegać związaniu przy

jednoczesnym wytwarzaniu gelu. Tak np. bardzo czysty, subtelnie sproszkowany wodorotlenek glinu w ogóle tej własności nie posiada. Hydronal natomiast jest wytworzony w ten sposób, że po zetknięciu się z kwasem żołądkowym następuje gelatynizacja i w związku z tym całkowite zobojętnienie nadmiaru kwasu żołądkowego. Jednocześnie chory doznaje ulgi podmiotowej. Zjawisko gelatynizacji wytwarza wielką czynną powierzchnię, która posiada wybitną własność wiązania kwasów i która szczelnie jak warstwa ochronna przylega do śluzówki żołądka. Gelatynizacja ta w połączeniu ze słabo ściągającymi własnościami wytworzonych związków ochronnych wpływa pomyślnie na współistniejące zjawiska nieżytowe.

Związanie kwasu solnego przez Hydronal wymaga pewnego czasu. W ten sposób, jeżeli dawka dobowa (do 5 g) nie zostanie wielokrotnie przekroczona, utrzymuje się w żołądku potrzebny stopień kwasoty niezbędny dla aktywacji pepsyny. Dzięki temu z jednej strony osiąga się działanie długotrwałe, z drugiej zaś nie dopuszcza się do zaburzeń w trawieniu pepsynowym. Oznacza to wielką przewagę nad zasadami, przy których stosowaniu może dojść do wystąpienia odczynu zasadowego i do zahamowania trawienia pepsynowego. Hydronal nie wywołuje również następczego nadmiernego wytwarzania kwasu solnego, które występuje z reguły przy leczeniu zasadami.

Pomyślny wpływ, który stwierdza się przy leczeniu wrzodu żołądka, nadkwaśności i nadmiernego wydzielania pod wpływem nowoczesnych środków dla zobojętniania kwasów, nasuwa przypuszczenie, że oprócz wiązania kwasów wchodzą tu w rachubę jeszcze inne dodatkowe czynniki terapeutyczne, jak ograniczenie wydzielania i uśmierzanie bólu.

Dr LAPP. Klinika Noordena w Wiedniu.

WARTOŚĆ NAMIASTEK INSULINY I WĘGLOWODANÓW W LECZNICTWIE CUKRZYCY.

(Referat według Therap. d. Gegenwart. 1937. Nr. 5).

Wielu preparatom przypisuje się zdolność zastępowania węglowodanów lub insuliny w odżywianiu wzgl. leczeniu diabetyków. Według badań autora potrawy mączne, pieczywo, czekolada i t. d. nie są bynajmniej niezbędne dla odżywiania pacjentów dotkniętych cukrzycą. Cukier można zastępować sacharyną, a zwłaszcza Siononem, który nadaje się doskonale do pieczenia

i gotowania. Również i marmeladę można lepiej przygotowywać z Siononem niż z innymi przyprawami słodzącymi. Następnie można częściowo zastąpić węglowodany mąką z soii; umiejętna technika kuchenna wytwarza „makaron“ z jajek z niewielką ilością tłuszczu; specjalne gatunki lekkiego pulchnego chleba o niewielkiej zawartości związków wytwarzających cukier i t. d. nasycają dostatecznie diabetyka. Ostrzec należy przed częstymi nadużyciami w reklamach. Istnieją „chleby dla diabetyków“ zawierające 60% węglowodanów! Również i chleb Grahama nie jest pożywieniem odpowiednim dla chorych na cukrzycę. W przypadkach potrzebnej często diety małotłuszczowej „pieczywo dla diabetyków“ wytwarzane z jajek, masła i migdałów jest pożywieniem zupełnie niewłaściwym. Opinię o wartości preparatów odżywczych przeznaczonych dla diabetyków mogą wydawać jedynie bardzo doświadczeni terapeuci na podstawie własnego wielkiego materiału obserwacyjnego. Jednostki białego chleba, podane przez *Noordena*, ułatwiają obliczenie ilości węglowodanów niezbędnych dla każdego chorego. Insuliny w ogóle nie można zastąpić żadnym preparatem. Również i związki guanidynowe lub Padutina, istotnie obniżająca glikemię, nie mogą się nawet porównywać z działaniem insuliny. Obniżenie poziomu cukru we krwi nie przedstawia dostatecznego probierza wartości preparatów. Preparaty guanidynowe działają dopiero w dawkach wpływających szkodliwie na żołądek i wątrobę, spadek cukru jest sztuczny i w związku z tym w ostatecznym swym wyniku wprost szkodliwy. Również i wszelkie napary z ziół nie mają żadnej wartości praktycznej. W przypadkach cukrzycy, w których samo leczenie dietetyczne nie wystarcza, jedynym odpowiednim i niezawodnym środkiem leczniczym jest wyłącznie insulina.

Dr G. V. BEIN. Sanatorium Taubertal, Mergentheim.

UŚMIERZANIE BÓLU W NAPADACH KAMICY ŻÓŁCIOWEJ.

(Referat według Münch. med. Wsch. 1937. Nr. 17).

Dożylne wstrzyknięcie 2 cm³ Novalginy w napadach kolki żółciowej nie dawało na ogół trwałych wyników, gdyż bóle po krótszej lub dłuższej przerwie przeważnie ponownie wracały. Wobec tego niedostatecznego działania 2 cm³ Novalginy autor stosuje od roku dawki większe i wstrzykuje nawet słabowitym pacjentom 4—5 cm³ 50%-owego roztworu. Ze względu na konieczność doraźnego uśmierzenia bólu należy wstrzykiwać wyłącznie dożylnie. Wyniki takiego postępowania okazały się znakomite. Dotkliwe bóle łagodniały z reguły już mniej więcej w 5 minut po wstrzyknięciu, chorzy uspokajali się, kurczowy oddech powracał do normy i po dalszych 15 minutach wszelkie dolegliwości ustępowały przeważnie zupełnie. Uśmierzenie bólu było nie tylko całkowite lecz również trwałe. Autor leczył w ten

sposób 124 chorych cierpiących na kolkę żółciową. Brak reakcji na przeciwbólowe działanie Novalginy stwierdzono jedynie w 7% przypadków. Złagodzenie bólów udało się jednak właściwie osiągnąć u wszystkich chorych. Autor odnosił wrażenie, że ból zapalny ustępował natychmiast. W przypadkach bardzo silnych skurczów woreczka żółciowego mogło się zdarzyć, że bóle mniej więcej po godzinie znowu powoli się wzmagały; z tego powodu autor przy napadach gwałtownej kolki, zwłaszcza przebiegającej z wrażeniem duszności lub ze skurczami kiszek, wstrzykiwał odrazu jednocześnie z Novalginą jeszcze odpowiedni środek spazmolityczny (pochodną atropiny lub papaverynę z eumydryną). Przeciwbólowe działanie takiego połączenia leków okazało się wprost znakomite. Związki opiumowe wpływają często szkodliwie na napady skurczowe. Należy pamiętać, że Novalgina obniża gorączkę, która przy schorzeniach woreczka żółciowego jest ważnym objawem rozpoznawczym. Jednakże już w kilka godzin po wstrzyknięciu temperatura powraca do swej naturalnej wysokości. W przypadkach wątpliwych wskazane jest zbadanie leukocytozy, na którą Novalgina żadnego wpływu nie wywiera. Co się tyczy ostrzeżeń przed stosowaniem Novalginy w przypadkach uszkodzeń wątroby, to są one mało uzasadnione; w każdym razie autor, pomimo że w jego materiale obserwacyjnym było dużo przypadków z zaburzeniami wątrobowymi, nie stwierdził ani razu najmniejszych nawet uszkodzeń miąższowych pod wpływem Novalginy. W przeciwieństwie do stanów, występujących przy stosowaniu morfiny, świadomość po wstrzyknięciu Novalginy pozostaje zupełna, tak że chorzy mogą natychmiast spostrzec i donieść lekarzowi o ew. nowym wystąpieniu choćby przytłumionych bólów; może to mieć duże znaczenie praktyczne w razie powikłań, np. przy promieniowaniu lewostronnym w związku z zapaleniem trzustki albo przy objawach przedziurawienia.

Prof. dr H. SCHULTEN Klin. Wewn. i ambulat., Hamburg - Eppendorf.

POSTĘPY W LECZNICTWIE ANEMII.

(Referat według Fortsch. Ther. 1937. Nr. 4).

W ostatnich latach udało się przeprowadzić dokładne różnicowanie między poszczególnymi odmianami niedokrwistości, co umożliwiło również przeprowadzenie odpowiedniego dokładnego podziału w lecznictwie.

Autor odróżnia 5 odmian niedokrwistości:

1. W przewlekłej anemii na tle krwawień, w blednicy, samoistnej anemii niedobarwliwej, anemii ciążowej lub anemii po chorobach zakaźnych cechami charakterystycznymi obrazu hematologicznego są blade erytrocyty, niski wskaźnik barwny, znaczna anizo-mikro-poikilocytoza. Leczenie żelazem daje tu przeważnie bardzo dobre wyniki, gdyż niedokrwistość niedobarwliwa zwykle doskonale reaguje na żelazo. Znaczenie dodatku miedzi wydaje się wątpliwe. Leczenie arsenem anemii niedobarwliwych jest zbyteczne.

2. Cechami niedokrwistości złośliwej są duże, owalne, mocno zabarwione erytrocyty (megalocyty), umiarkowana leukopenia, hipersegmentacja neutrofilów, ciemna surowica i żółtaczka. Anemię złośliwą może wywołać również bruzdogłowiec (Botriocephalus), resekcja żołądka lub ciąża. Najpewniejszym środkiem leczniczym jest niewątpliwie terapia wątrobowa. Właściwy związek przeciwanemiczny nie jest jeszcze dokładnie poznany, nie można go standaryzować, można go tylko indywidualnie dawkować. W przypadkach ciężkich należy na początku leczenia stosować duże dawki, około 2 cm^3 Campolonu dziennie. Zbyt małe dawki Campolonu przedstawiają ryzyko i przedłużają leczenie! Działanie soku żołądkowego wzmaga skuteczność preparatów wątrobowych. Stosowanie żelaza sprzyja terapii wątrobowej, co zależy prawdopodobnie od tego, że wyciągi wątrobowe zużywają ustrojowe zapasy żelaza, które należy wobec tego uzupełnić.

3. Małe czerwone erytrocyty, obfitujące w barwnik i znaczna liczba retikulocytów przemawiają na korzyść rozpoznania rodzinnej żółtaczki hemolitycznej; w przypadkach takich znakomite wyniki lecznicze daje wycięcie śledziony.

4. W przypadkach anemii aplastycznej, występującej pod wpływem działania benzolu, arsenobenzolu lub energii promienistej, a czasami także „samoistnie", ilość ciałek białych, trombocytów i erytrocytów znacznie się zmniejsza. Rokowanie jest zasadniczo złe. Czasami pomaga żelazo i miedź (*Roth*, Med. Klin. 1936, Nr 31). Wcale nie tak rzadkie przypadki niedokrwistości aplastycznej są odporne na działanie lecznicze wątroby. Wobec tego, że w praktyce nie zawsze odróżnia się dokładnie anemię aplastyczną od anemii złośliwej, mogą się zdarzać nieporozumienia, polegające na tym, że takie nieściśle rozpoznane przypadki anemii aplastycznej zalicza się do anemii złośliwej odpornej na działanie wątroby.

5. Anemie ze znaczną zawartością barwnika i bardzo dużymi okrągłymi erytrocytami stwierdzamy czasem w schorzeniach wątroby, białaczce i raku żołądka. Obraz kliniczny jest pod niektórymi względami podobny do anemii złośliwej, wykazuje jednak pewne charakterystyczne różnice — tak np. nie stwierdza się tu nigdy nieprawidłowego rozwoju megaloblastów szpikowych.

Trafne rozpoznanie przedstawia zasadniczy warunek skutecznego leczenia wszelkich postaci niedokrwistości. Znaczna większość przypadków anemii reaguje na odpowiednie leczenie w sposób pomyślny.

Prof. dr OPITZ. Szpital dla dzieci im. ces. Fryderyka w Berlinie.

TRUDNOŚCI ROZPOZNAWCZE: ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO — SCHORZENIA DRÓG MOCZOWYCH.

(Referat według Kinderärztl. Prax. 1937. Nr. 6).

Schorzenia dróg moczowych przebiegają często z objawami charakterystycznymi raczej dla zapalenia wyrostka robaczkowego: ostry początek, wymioty, bóle brzuszne, gorączka mogą występować również w ropnych sprawach narządu moczowego. Również wyniki obmacywania, zwłaszcza u małych dzieci, mogą wprowadzać w błąd. Przy obmacywaniu brzucha pod kołdrą udaje się jednak przeważnie stwierdzić brak objawów obrony mięśniowej i wytworzyć sobie przedmiotowy sąd o istocie sprawy chorobowej. Oto przykład takiego niewyraźnego przypadku, nasuwającego początkowo uzasadnione wątpliwości rozpoznawcze:

4-letnia dziewczynka, od 3 tygodni często uczucie ziębienia, osłabienie, brak apetytu, silne pragnienie. Nagle gorączka 40,4°, dotkliwe bóle brzucha. Dziecko przysłano do szpitala z rozpoznaniem: Appendicitis. Badanie przedmiotowe: wygląd blado-żółty, gorączka 39,8°. Brzuch miękki, bolesności uciskowej i obrony mięśniowej nie stwierdza się. Język czysty. Osad moczowy zawiera liczne ciałka białe. Odczyn na białko dodatni. Rozpoznanie: zapalenie miedniczek nerkowych. Leczenie: 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Po 5 dniach stan bezgorączkowy, szybka poprawa. Po 3 tygodniach dziecko wypisuje się bez jakichkolwiek objawów chorobowych.

Wywiady i blado żółtawy wygląd (typowy dla ropomoczu) mogły odrazu nasunąć podejrzenie zapalenia miedniczek nerkowych. Następnie przy niepowikłanym zapaleniu wyrostka robaczkowego gorączka rzadko dochodzi do 39°. Przeciw zapaleniu wyrostka przemawiał również prawidłowy stan języka oraz brak napięcia powłok brzusznych. Trudniejsze było rozpoznanie w przypadku następnym:

3-letnia dziewczynka, bóle w prawej połowie jamy brzusznej, odmawia przyjmowania pożywienia i często wymiotuje. Przysłana do szpitala z rozpoznaniem: Appendicitis. Badanie przedmiotowe: język prawidłowy, gardło i migdałki zaczerwienione, liczne świsty w obu płucach. Brzuch miękki, przy ostrożnym obmacywaniu obronnego napięcia mięśni nie stwierdza się. Gorączka 38,5°. Badanie moczu: ślad białka, w osadzie liczne leukocyty. Następnego dnia poprawa, po 6 dniach stan bezgorączkowy. Szybkie ustąpienie nieżytowych objawów oskrzelowych i zmian moczowych. Już po 2 dniach ilość ciałek białych we krwi obniża się z 32.600 do 14.000. Rozpoznanie: zakażenie grypowe z podrażnieniem miedniczek nerkowych.

W powyższym przypadku objawy chorobowe przypominały obraz kliniczny zapalenia wyrostka robaczkowego. Wynik badania moczu (w praktyce nie zawsze możliwego do natychmiastowego wykonania) oraz obliczenie ilości ciałek białych nasunęły wątpliwości co do słuszności rozpoznania. W przypadkach niepowikłanego zapalenia wyrostka robaczkowego leukocytoza wynosi 12000 do 15000, najwyżej dochodzi do 20000; zapalenie otrzew-

nej, które by mogło wytłumaczyć wielką leukocytozę 32600, nie wchodziło tu w rachubę. Leukocyty i erytrocyty w osadzie moczowym mogą czasem występować również w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, co w znacznym stopniu utrudnia rozpoznanie różnicowe. Znane są również przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego przebiegające z krwiomoczem; przyczyną tego niezwykłego powikłania bywa zapalenie lub przekrwienie nerek oraz sprawy zakrzepowe lub zatorowe. W rozpoznaniu różnicowym należy tu brać pod uwagę również nerczycę kamicową lub wodonerczycę. W przypadkach kamicy nerkowej lub moczowodowej bez zakażenia wtórnego a także przy zakażeniu dróg moczowych, jeżeli po chorej stronie wskutek niedrożności kamicowej lub zgięcia moczowodu mocz nie odpływa, może się zdarzyć, że pomimo schorzenia dróg moczowych mocz nie zawiera żadnych składników patologicznych. Zapalenie pochodzące z wyrostka robaczkowego i szerzące się ku tylnej ścianie jamy brzusznej może imitować również zapalną sprawę okołonerkową (Paranephritis).

Dr W. MEISSNER. Szpital Miejski w Wesermünder - Lohe.

SPOSTRZEŻENIA NAD LECZENIEM STANÓW ZAPALNYCH DROG MOCZOWYCH.

(Referat według Med. Klin. 1937, Nr 3).

Autor opisuje historie choroby 8 pacjentów dotkniętych zapaleniem miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. Chorych leczono z doskonałymi wynikami za pomocą Prontosilu.

Oto kilka przykładów:

1. Chora, lat 29. Od 8 dni wrażenie palenia podczas oddawania moczu, od 4 dni bóle w krzyżu, wysoka gorączka, bóle głowy. Badanie przedmiotowe: 39°, obie nerki bardzo wrażliwe na ucisk, odczyn moczu na białko silnie dodatni, w osadzie bardzo liczne leukocyty i złuszczone nabłonki. Leczenie: 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu; po 4 dniach stan bezgorączkowy, po 7 dniach wszystkie dolegliwości ustąpiły zupełnie. Mocz białka nie zawiera, w osadzie zaledwie pojedyncze leukocyty i nabłonki.

2. Chora, lat 70, od 6 tygodni bóle podczas oddawania moczu i bardzo silne parcie na mocz. W moczu odczyn na białko słabo dodatni, w osadzie bardzo liczne ciałka białe i pojedyncze nabłonki. 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu; po 4 dniach białko ustąpiło bez śladu, w osadzie skąpe leukocyty i nabłonki.

3. Chora, lat 66, palenie podczas oddawania moczu, odczyn na białko silnie dodatni, w osadzie liczne leukocyty, pojedyncze krwinki czerwone. 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Po 7 dniach obecności białka nie stwierdza się, w osadzie zaledwie pojedyncze leukocyty.

4. Chora, lat 35, od 10 dni bóle podczas oddawania moczu, częste parcie na mocz. Od 8 dni gorączka, 39,1°, stan ogólny zły, prawa okolica nerkowa wrażliwa na ucisk, osad obfity, ropny, zawiera również wiele nabłonków. 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu.

Po 3 dniach stan bezgorączkowy. Po 10 dniach osad z wyjątkiem pojedynczych leukocytów nie zawiera żadnych składników chorobowych.

5. Chora, lat 23, cierpi od kilku miesięcy na ciężki nieżyt miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. Stosowane leczenie pozostało bez wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby. Obecnie bóle i palenie podczas oddawania moczu, dreszcze, 40,2°. Znaczny białkomocz, w osadzie liczne leukocyty i nabłonki. 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Po 7 dniach stan bezgorączkowy. Mocz bez zmian chorobowych. Nawrotu nie było.

6. Chory, lat 29, od tygodnia palenie podczas oddawania moczu. Gorączka 38,7°. Prawa nerka bardzo wrażliwa na ucisk. Znaczny białkomocz, w osadzie bardzo liczne leukocyty i pojedyncze erytrocyty. 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Po 4 dniach stan bezgorączkowy. Po 10 dniach mocz żadnych składników chorobowych już nie zawierał.

7. Chora, lat 27, w ciąży. Na 6 tygodni przed porodem dotkliwe bóle przy oddawaniu moczu, bóle w plecach, od 8 dni wysoka gorączka, 39,5°. W moczu odczyn na białko silnie dodatni, osad zawiera bardzo liczne leukocyty i pojedyncze erytrocyty. 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Po 7 dniach stan bezgorączkowy. Białkomocz ustąpił zupełnie, w osadzie pojedyncze ciałka białe. W dalszym przebiegu lekki nawrót ze śladami białka i nieznacznym zwiększeniu się ilości leukocytów w osadzie.

Dawniejsze leczenie preparatami heksametylenotetraminy wymagało przeważnie dłuższego czasu dla osiągnięcia spadku gorączki i ustąpienia zmian chorobowych w moczu. W przytoczonych powyżej spostrzeżeniach Prontosil (3 razy dziennie po 1 tabletce) doprowadzał już po kilku dniach do stanu bezgorączkowego. Dolegliwości podmiotowe oraz zmiany chorobowe w moczu ustępowały również szybko.

Dr L. COLEBROOK i dr M. KENNY, Londyn.

LECZENIE ZAKAŻEŃ POŁOGOWYCH ZA POMOCĄ PRONTOSILU.

(Referat według Lancet 1936. Nr. 5910).

Spostrzeżenia autora opierają się na materiale 64 kobiet dotkniętych septyczną gorączką połogową. Wyłączną przyczyną zakażenia były we wszystkich przypadkach paciorkowce hemolityczne. Chore leczono Prontosilem w następujący sposób:

	Doustnie	Domięśniowo
Przy ciężkim przebiegu choroby	12 tabl. dziennie (3,6 g)	20 cm³ co 8 godzin, ogółem 1,5 g
Przy średnim przebiegu choroby	6 tabl. dziennie (1,8 g)	20 cm³ co 8 godzin
Przy lekkim przebiegu choroby	6 tabl. dziennie (1,8 g)	10 lub 20 cm³ 2 razy dziennie.

Z chwilą spadku gorączki dawkę i częstość wstrzykiwań zmniejszano, a następnie wstrzykiwania odstawiano już zupełnie. Również dawkę doustną zmniejszano w miarę postępowania poprawy klinicznej z 12 do 6 tabletek,

jednakże 6 tabletek podawano jeszcze przez szereg dni po spadku ciepłoty. Prawie wszystkie kobiety, a zwłaszcza 14 ciężko chorych pacjentek, udało się uratować. W kilku przypadkach, w których doszło już do zapalenia otrzewnej, Prontosil niewątpliwie uratował poważnie zagrożone życie. Prontosil powstrzymuje skłonność zakażenia połogowego do szerzenia się na sąsiednie tkanki przymacicza i ścian miednicy. Zmiany zapalne ograniczały się do niewielkiej przestrzeni i nie przechodziły do miednicy małej. Przeciętny czas leczenia 61 uratowanych kobiet wynosił przy stosowaniu Prontosilu 18 dni; chore leczone dawniej innymi sposobami, bez Prontosilu, pozostawały na kuracji w pomyślnym przebiegu sprawy 31,3 dni. Poniższa tablica uwidacznia odsetek śmiertelności z powodu zakażenia połogowego w Queen Charlotte Hospital od roku 1931:

Bez Prontosilu	Zakażenie połogowe	Przypadki śmiertelne	Zgony z powodu zapalenia otrzewnej
1931	98 kobiet	31=31,6%	23
1932	90 „	19=21%	16
1933	97 „	20=20,6%	14
1934	120 „	20=16,6%	16
1935	90 „	22=24,4%	15
Z Prontosilem			
1936	64 „	3 = 4,7%	1

Znakomite wyniki leczenia Prontosilem nie przedstawiają bynajmniej przypadkowej poprawy statystyki wskutek zmniejszenia złośliwości zakażenia. Można to z łatwością stwierdzić przez porównanie ze statystykami innych szpitali.

Dr BRINKHAUS, Zakład dla leczenia gruźlicy skóry w Handorf pod Monasterem.

W SPRAWIE LECZENIA RÓŻY.

(Referat według Med. Welt. 1936. Nr. 51).

Materiał obserwacyjny autora składa się z 1582 chorych dotkniętych wilkiem. Wśród tych chorych 123 razy (7,8%) u 96 pacjentów (6,1%) wystąpiła róża. W znakomitej większości przypadków róża przedstawiała powikłanie już istniejącego cierpienia skórnego. W 80 przypadkach róży cierpieniem podstawowym był Lupus vulgaris (14 nawrotów), w 11 przypadkach — Lupus vulgaris elephantiasticus (4 nawroty), w 12 przypadkach — Lupus vulgaris et Carcinoma (3 nawroty), w 9 przypadkach — wilk pospolity z powikłaniami (4 nawroty), w 1 przypadku — Erythema induratum Bazin, w 5 przypadkach — Lupus erythematodes (1 nawrót), w 5 przypadkach — rak skóry (1 nawrót). W 97 przypadkach punktem wyjścia róży było leczone miejsce skóry lub jego najbliższe otoczenie, w 23 przypadkach róża rozpoczęła

się w miejscu nieleczonym i tylko w 3 przypadkach róża powstała zupełnie niezależnie od poprzednio istniejącego przewlekłego cierpienia skóry. Chorych leczono początkowo silnymi napromienianiami lampą kwarcową, w dawkach od 5 do 25 jednostek skórnych. Przeciętnie stosowano 10 — 15 jednostek. Dodatkowo podawano jeszcze środki przeciwgorączkowe i nasercowe.

Od końca roku 1934 *Brinkhaus* leczy różę wyłącznie za pomocą Prontosilu i stosuje przy tym następujące dawkowanie: W 1. dniu choroby 6—7 tabletek, następnie odpowiednio do przebiegu zmniejsza się dawkę dobową codziennie o 2 tabletki aż do 2 — 3 tabletek, które należy stosować jeszcze przez 2 — 3 dni po ukończeniu choroby. Jeżeli chorzy tabletek nie znoszą, co zdarza się rzadko, stosuje się wstrzykiwania Prontosilu. Ogólna dawka Prontosilu, potrzebna do wyleczenia róży, wynosiła więc najwyżej 20 — 25 tabletek lub 20 — 30 cm^3 Prontosilu w ampułkach.

Przeciętny ogólny czas trwania gorączki podczas róży wynosił przy leczeniu lampą kwarcową 4,8 dnia od początku choroby wzgl. 3,9 dnia od chwili zapoczątkowania leczenia, natomiast przy stosowaniu Prontosilu gorączka trwała zaledwie 2,9 wzgl. 2,7 dnia. Wprowadzenie więc Prontosilu do powszechnego lecznictwa róży oznacza niewątpliwie wielki postęp. Wszystkie przypadki róży zakończyły się pomyślnie.

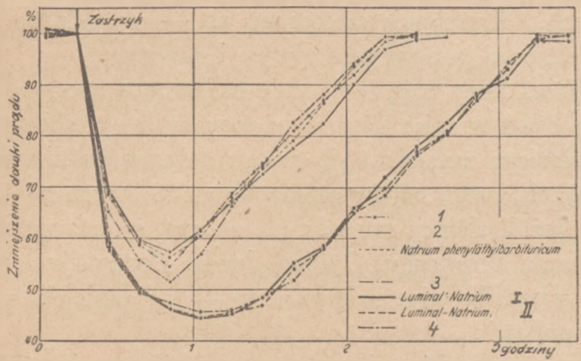
Dr P. ADLER i dr Klaudia HRADECKY, Zakład Fizjologii, Wiedeń.

PORÓWNANIE CHEMICZNIE IDENTYCZNYCH ŚRODKÓW NASENNYCH ZA POMOCĄ GALWANONARKOZY W DOŚWIADCZENIACH NA ŻABACH.

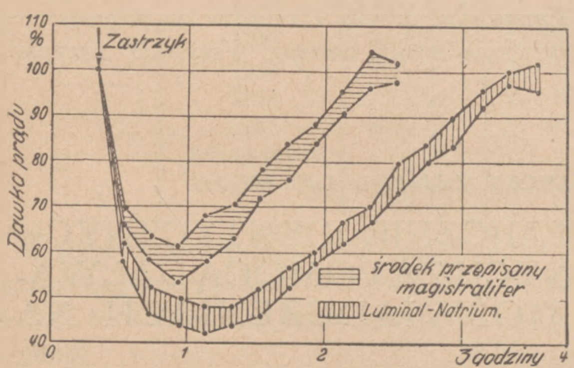
(Referat według Klin. Wochenschrift. 1937, Nr. 15).

Galwanonarkoza jest to stan porażenia, który można wywołać u żab przez przeprowadzenie stałego i równomiernego prądu wzdłuż ciała w kierunku od głowy do ogona. Jeżeli zwierzętom doświadczalnym podać przed galwanonarkozą środek nasenny, to wystarcza już zastosować dodatkowo prąd słabszy. Na podstawie natężenia dawki prądu niezbędnego dla osiągnięcia narkozy można oceniać siłę działania poprzednio podanego środka nasennego. Można w ten sposób również porównywać różne środki nasenne. Od grudnia 1935 r.

do grudnia 1936 r. w Wiedeńskim Zakładzie Fizjologii porównywano różne chemicznie identyczne środki nasenne grupy fenylo - etylo - barbituranu sodu (Luminal i namiastki) oraz bromo - dwuetylo - acetylo-karbamidu (Adalina i namiastki). Żabom wstrzykiwano środki nasenne do grzbietowego worka limfatycznego; stosowana dawka wynosiła połowę najmniejszej dawki skutecznej = 0,05 g Luminalu lub 0,02 g Adaliny na kg żaby; namiastki stosowano w dokładnie takich samych dawkach. Następnie określano potrzebną dawkę prądu. Z graficznego uwidocznienia wynika, że dwie próbki Luminalu i jeden preparat zagraniczny, wytworzony podczas wojny, działają jednakowo silnie, podczas gdy właściwe środki zastępcze działały znacznie słabiej i działanie ich wyczerpywało się o wiele prędzej. Jeżeli nawet uwzględnić wyniki najlepsze i najgorsze (krzywe 2), to nawet wówczas jeszcze najlepsze działanie namiastki nie dorównywa najsłabszemu działaniu oryginalnego Luminalu.



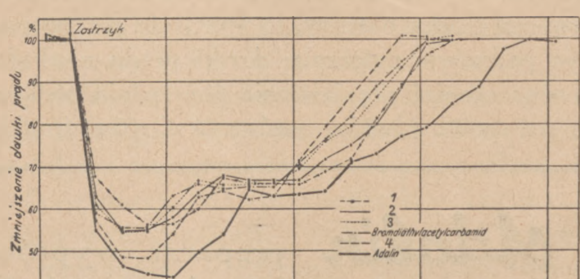
Krzywe dawek prądu niezbędnego dla galwanonarkozy u żaby po wstrzyknięciu związków z szeregu fenylo-etylo-barbituranu sodu.



Krzywe dla Luminalu-Natrium i dla fenylo-etylo-barbituranu sodu

0,03 g Luminalu działają jak 0,05 g namiastki. Również odnośnie do Adaliny i jej namiastek stwierdza się wyraźną przewagę Adaliny (krzywa 3). 0,012 g Adaliny działają tu jak 0,02 g namiastki.

Wyniki badań doświadczalnych wykazują więc różnice w działaniu chemicznie jednakowych związ-



Krzywe dawek prądu niezbędnego dla galwanonarkozy u żaby po wstrzyknięciu związków z szeregu bromo-dwuetylo-acetylo-karbamidu

ków, zależnie od ich pochodzenia; dokładnej przyczyny tych różnic podać jeszcze nie można. Do jakiego stopnia wyniki otrzymane w doświadczeniach na żabach można przenieść na człowieka, nie zostało jeszcze ustalone. *Stransky* i *Hoff* zaznaczają jednak, że również i klinicyści obserwują często podobne różnice między działaniem Luminalu i jego namiastek.

Interesujący przyczynek do zagadnienia: namiastki i preparaty oryginalne ogłosiła niedawno Schweiz. med. Woch. 1936, nr 45. Z artykułu tego przytoczymy tu graficzne przedstawienie zdolności wiązania kwasu przez wodorotlenek glinu. Okazuje się, że niektóre naśladownictwa posiadały zaledwie 14% zdolności wiązania HCl w stosunku do preparatu oryginalnego.



Zdolność wiązania kwasu różnych wodorotlenków glinu

Dr F. VERZAR, dr W. SCHMIDT i dr C. L. A. SCHMIDT, dr J. A. GREAVES i dr C. L. A. SCHMIDT, dr ALTSCHULE.

ZNACZENIE ŻÓŁCI PRZY PRZYSWAJANIU WITAMINY A.

(Referat według Journ. Am. Med. Assoc. 1936, tom 106, Nr. 9).

Liczne spostrzeżenia i doświadczenia wskazują na wielkie znaczenie żółci dla wchłaniania tłuszczów (*F. Verzar*, Nutrition Abst. u. Rev. 1933, tom 2, str. 441). Jeżeli sok kiszkowy nie zawiera żółci, to wchłanianie związków tłuszczowych i lipoidów z pożywienia ulega znacznemu pogorszeniu albo nawet zostaje całkowicie wstrzymane. Zmniejszenie wchłaniania lipoidów ma przede wszystkim znaczenie dla energetycznego zaopatrzenia ustroju, ponad to przy zaburzeniu wchłaniania tłuszczu upośledzone jest również przyswajanie innych związków nierozpuszczalnych w wodzie. Tak np. u chorych żółtaczkowych stwierdzono zmniejszone wchłanianie cholesteryny. Nie zostało jeszcze ostatecznie wyjaśnione, czy żółć sprzyja wchłanianiu cholesteryny przez bezpośrednie działanie rozpuszczające czy też przez zwiększenie rozpuszczalności cholesteryny w tłuszczu. Jednym z najważniejszych spośród tych fizjologicznie niezbędnych związków rozpuszczalnych w tłuszczach jest witamina A. Zarówno doświadczalne jak i kliniczne badania ostatnich czasów wykazują, że przy wchłanianiu witaminy A lub jej związku wyjściowego β-karotyny z soku kiszkowego żółć odgrywa ważną rolę.

Badania *C. L. A. Schmidta* i innych (*W. Schmidt* i *C. L. A. Schmidt*. Univ. California Pub. Physiol. 1930, tom 7, str. 211. *J. A. Greaves* i *C. L. A. Schmidt*, Am. Journ. Physiol. 1935, tom 111, str. 492), dotyczące wchłaniania rozpuszczalnej w tłuszczach witaminy A w nieobecności żółci

wykazały zupełnie nieoczekiwane różnice w zdolności wchłaniania witaminy (w przeciwieństwie do β-karotyny) przez żółtaczkowe zwierzęta. Przy codziennym badaniu rozmazu z pochwy szczurów, jako probierza dla awitaminozy A, okazało się, że witamina A w postaci tranu wchłania się przez ścianę kiszki również w nieobecności żółci. U szczurów z doświadczalną żółtaczką, utrzymywanych na diecie zawierającej mało witaminy A, można było za pomocą doustnego podawania tranu przywrócić prawidłowy charakter rozmazów pochwowych, czyli doprowadzić do ustąpienia patologicznego rogowacenia nabłonka pochwowego (kolpokeratoza). Również w doświadczeniach z ponownym ograniczeniem witaminy A, przeprowadzonym aż do wystąpienia zrogowaciałych komórek pochwowych, podawanie tranu po raz drugi przywracało prawidłowy obraz. W przeciwieństwie do tych wyników z tranem szczury dotknięte niedoborem witaminy A nie reagowały przy braku żółci na doustne stosowanie karotyny α i β. Przy wstrzykiwaniach podskórnych natomiast zwierzęta reagowały na karotynę dodatnio, gdyż w tych warunkach mogła się ona przetworzyć na witaminę A. U szczurów żółtaczkowych doustne stosowanie karotyny okazywało się skuteczne tylko wtedy, gdy podawano ją jednocześnie z preparatami kwasów żółciowych.

Pomimo, że przy braku żółci dieta zawierająca witaminę A nie wywołuje żadnych objawów ubytkowych, to jednak nowsze badania wykazały, że mogą tu występować głębsze zmiany. *Altschule* (Arch. Path. 1935, tom 20, str. 845) zbadał 11 zmarłych dzieci, dotkniętych wrodzoną niedrożnością przewodów żółciowych. Dzieci te za życia nie wykazywały żadnych klinicznych objawów kserozy lub keratomalacji. *Altschule* stwierdził natomiast pod mikroskopem wyraźne oznaki niedoboru witaminy A (zwyrodnienie nabłonków na śluzówkach) u 6 spośród 11 badanych dzieci. Ten niedobór witaminy A zależy prawdopodobnie od niemożności wchłaniania dostatecznej ilości witaminy A lub karotyny z kiszek wskutek braku żółci. Istnienie tej choroby ubytkowej można łatwo przeoczyć, gdyż wyraźniejsze objawy, jak swoiste zmiany oczne, występują znacznie później niż zmiany histologiczne. Badania doświadczalne i kliniczne wykazały skuteczność pozajelitowego stosowania witaminy A przy objawach ciężkiej żółtaczki mechanicznej. Doustne podawanie witaminy A jednocześnie z kwasami żółciowymi również może wywierać pomyślny wpływ leczniczy.

Według *Bergmanna* (Mtsch. Geb. u Gyn. 1936, tom 101) kobiety ciężarne gorzej przetwarzają karotynę w witaminę A. U zwierząt, które odżywiano pokarmami nie zawierającymi witaminy A i którym usuwano pęcherzyk żółciowy, wytwarzały się kamienie we wspólnym przewodzie żółciowym. Można więc uważać witaminę A za czynnik ochronny przed wytwarzaniem się kamieni w ustroju; z powyższego względu wskazane jest również, aby kobietom ciężarnym zalecać dietę obfitującą w witaminy. Jako zapobiegawczy środek leczniczy wchodzi tu w rachubę Vogan.

Dr F. STOCKER, Lucerna.

LECZENIE POWIERZCHOWNEGO ZAPALENIA ROGÓWKI WITAMINĄ A.

(Referat podług Schweizer Med. Wschr. 1936, Nr 14).

W 1889 roku opisał *E. Fuchs* chorobę oczu, którą nazwał punkcikowatym powierzchownym zapaleniem rogówki (Keratitis punctata superficialis). Istota tego cierpienia polega na tym, że wśród objawów ostrego nieżytu pojawiają się w powierzchownych warstwach rogówki małe, nieprawidłowo rozsiane szare plamki, skupiające się głównie w części środkowej. Dopiero po wynalezieniu mikroskopowania lampą szczelinową zbadano dokładniej ten zespół chorobowy. U wszystkich dotkniętych tym cierpieniem chorych pogarsza się stan ogólny, pojawia się dość znaczne osłabienie. Dlatego też dopatrywano się związku pomiędzy zmianami w nabłonku rogówki, a zaburzeniami w odżywianiu. Ponieważ nowe badania wykazały wybitną rolę przemiany witaminowej w chorobach oczu, łatwo było wywnioskować, że powierzchowne zapalenie rogówki jest następstwem zaburzeń witaminowych. Niedobór witaminy A powoduje rozmiękczenie rogówki u niemowląt. U starszych dzieci i u dorosłych niedobór ten może wywołać mniej niszczące uszkodzenia nabłonka rogówki. Rozważania te skłoniły *Stockera* do podjęcia prób leczenia powierzchownego zapalenia rogówki witaminą A (Voganem).

1. H. M. 10 lat. Wątłe, blade dziecko. Uporczywe powierzchowne zapalenie rogówki lewego oka. Leczenie miejscowe nieskuteczne. Ustawiczne nawroty choroby pomimo podawania przetworów wapnia do wewnątrz. Rozpoczęto leczenie Voganem: codziennie po 10 kropel. Nie stosowano już żadnego leczenia miejscowego. Po 8 dniach dolegliwości ustąpiły zupełnie, nawet przy badaniu lampą szczelinową nie stwierdzono objawów zapalenia rogówki. Vogan podawano jeszcze przez 3 tygodnie. Po upływie miesiąca od dnia zakończenia kuracji stan rogówki prawidłowy. Poprawa stanu ogólnego.

2. C. R. 28-letnia panna wątłej budowy. Skargi na palenie i kłucie w oczach, ogólne znużenie. W dolnych częściach obu rogówek małe szare punkciki (Keratitis superficialis). Codziennie 10 kropel Voganu. Po 3 dniach leczenia objawy miejscowe i ogólne ustąpiły. Rogówka, badana lampą szczelinową, nie wykazała zmian chorobowych.

3. N. H. 61-letnia kobieta. Od 3 tygodni wrażenie obecności obcego ciała i silne kłucie w obu oczach, łzawienie. Badanie lampą szczelinową: w dolnej części rogówki liczne małe szare punkciki wyłącznie w warstwie nabłonkowej: Keratitis superficialis. Nie stosowano leczenia miejscowego. 3 razy dziennie po 2 drażetki Voganu. Po 4 dniach leczenia dolegliwości prawie zupełnie ustąpiły. Pojedyncze punkciki na rogówce. Po następnych 3 dniach leczenia (3 razy dziennie po 3 drażetki Voganu) całkowita trwała poprawa miejscowa i ogólna.

Równie pomyślne wyniki leczenia Voganem osiągnięto u szeregu innych chorych. Próby zastąpienia Voganu dietą obfitującą w karotynę dały rezultaty nikłe lub zawiodły zupełnie. Przyczyną powierzchownego zapalenia rogówki jest zatem raczej zaburzenie w wytwarzaniu witaminy A z karotyny, niż niedobór tej witaminy w pożywieniu.

Dr JANSON, Waldfischbach - Pfalz.

ZAGADNIENIE TRICHOMONAD ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM KOMBINOWANEGO LECZENIA DEVEGANEM I ZEPHIROLEM.

(Referat według Der prakt. Arzt 1936, Nr 13).

Rodecurt poleca następujący sposób metodycznego leczenia upławów wywołanych przez zakażenie trichomonadami: pochwę, część pochwową macicy, srom, krocze i odbytnicę oczyszcza się ½%-owym roztworem Zephirolu. Pochwę wycieramy kilkakrotnie tamponami z waty nasyconej Zephirolem, albo też wlewamy niewielkie dawki roztworu Zephirolu do kanału szyjki. Cewkę moczową i odbytnicę wycieramy jeden raz, narządy płciowe oczyszczamy jeszcze raz, po czym srom i sąsiednią okolicę starannie osuszamy. Następnie przystępujemy do zwykłego stosowania Deveganu. Ten sposób leczenia zajmuje co prawda dość dużo czasu, daje jednak lepsze wyniki niż stosowanie samego Deveganu. W przypadkach trichomonadowego nieżytu śluzówki macicznej *Rodecurt* zaleca wprowadzanie codziennie wieczorem w łóżku tabletek Deveganu możliwie głęboko do pochwy. Przez 15 dni wprowadza się po 2 tabletki, a następnie przez 30 dni po jednej. W dalszym przebiegu leczenia dawkę stopniowo zmniejszamy od 6 do 1 tabletki tygodniowo. Podczas miesiączkowania należy dawkę chwilowo zwiększyć. Przy paleniu i swędzeniu przepłukujemy pochwę i obmywamy zewnętrzne narządy płciowe roztworem Zephirolu (1 łyżka stołowa Zephirolu na litr przegotowanej ciepłej wody). W dniach bez krwawienia lub z krwawieniem bardzo słabym oczyszczamy pochwę, srom, krocze i odbytnicę ½%-owym roztworem Zephirolu, szyjkę zaś maciczną i cewkę moczową wycieramy tamponami z waty nasyconej Zephirolem. To leczenie (1 — 3 razy tygodniowo) należy stosować w ciągu szeregu periodów. Przy badaniu kontrolnym pacjentek leczonych tą metodą autor osiągnął całkowite wyleczenie czasem już po 6 — 8 tygodniach. W niektórych przypadkach leczenie nie dawało wyników zadowalających, co zależało prawdopodobnie od niedostatecznej wytrwałości kobiet, które nie przeprowadzały kuracji w sposób konsekwentny. Niektóre roztropne pacjentki leczyły się same w sposób następujący: rano i wieczór płukanie pochwy z następczym zewnętrznym obmyciem narządów płciowych; zarówno do płukania jak i do mycia należy zużyć po litrze ½%-owego roztworu Zephirolu. Następnie za pomocą zwiniętego pasma gazy chore wprowadzały sobie możliwie głęboko do pochwy 2 rozdrobnione tabletki Deveganu, po czym gazę wyjmowały. Wyniki tego samodzielnego leczenia były zadowalające.

Dr E. W. ASSINDER. Gen. Hosp. Birmingham.

TRICHOMONADY I UPŁAWY.

(Referat według Brit. Med. Journ. 1936, Nr 3930).

Trichomonady pierwszy wykrył i opisał *Donne* już w roku 1836 (Cpt. rend. 1836). Bardzo liczni badacze zwracali następnie uwagę na znaczenie trichomonad jako zarazków wywołujących białe upławy. Pomimo to w Anglii nie doceniano dostatecznie znaczenia chorobotwórczego tych pierwotniaków. Dopiero w ostatnich czasach również i lekarze angielscy stwierdzili częstość występowania trichomonad. *Bland* i inni (1931) — badając 600 kobiet w ciąży — znalazł trichomonady w 22,7% przypadków. *Reuling* (1921) zbadał wydzielinę pochwową u 250 kobiet cierpiących na upławy i znalazł trichomonady w 18,4% przypadków. *Assinder* w ciągu ostatnich 9 miesięcy badał na obecność trichomonad wszystkie pacjentki podejrzane o rzeżączkę i otrzymywał zawsze dodatnie wyniki. Spośród 61 pacjentek zaledwie 11 miały oprócz zakażenia trichomonadami rzeżączkę, pozostałe 50 cierpiały tylko wskutek zakażenia trichomonadami. Według spostrzeżeń autora najlepszy sposób wykrywania trichomonad polega na badaniu w ciemnym polu ropy pobranej z pochwy. Łatwo widoczne ruchy rzęskowe pierwotniaków umożliwiają szybkie rozpoznanie nawet wtedy, gdy pasożytów jest niewiele i gdy są one, jak to przeważnie bywa, pokryte ciałkami ropnymi, komórkami nabłonkowymi i t. d. Do przygotowania trwałych preparatów służy roztwór utrwalający *Schaudinna;* najlepiej zabarwić preparaty metodą *Giemsy* (eozynaazur), chociaż rzęski wogóle zabarwiają się słabo.

Pod mikroskopem w ciemnym polu trichomonady wyglądają jak wiciowce długości 10 — 20 μ, kształtu okrągłego, owalnego lub nieprawidłowego. Z przodu posiadają zwykle 4 rzęski. Czasami widzi się falującą błonę idącą od przodu do części środkowej.

Objawy kliniczne upławów wywołanych przez zakażenie trichomonadami są bardzo typowe: bolesność, wrażliwość i zaczerwienienie pochwy i sromu oraz śluzowo-ropny wyciek. Czasami współistnieje jeszcze zakażenie gonokokowe lub jakiekolwiek inne, które może wywołać zapalenie szyjki macicznej lub cewki moczowej, jednakże w większości przypadków nieżyt szyjki lub cewki nie występuje na plan pierwszy i nie stanowi żadnych objawów charakterystycznych. Natężenie poszczególnych objawów bywa bardzo zmienne, natomiast obfite upławy pochwowe występują zawsze i sprawiają pacjentkom poważne dolegliwości. Podobnie jak wszędzie również i w Szpitalu Powszechnym w Birminghamie wypróbowano dla leczenia upławów niezliczoną ilość środków leczniczych, wyniki były jednak przeważnie ujemne. Zwłaszcza upławy wywołane przez zakażenie trichomonadami były odporne na wszelkie zabiegi lecznicze. Sprawa zmieniła się zasadniczo dopiero z chwilą wprowadzenia do lecznictwa upławów Deveganu (węglowodany, arsen, kwas bor-

ny), który okazał się lekiem prawie niezawodnym. Wprowadzanie raz lub dwa razy dziennie po 2 tabletki Deveganu w połączeniu z przepłukiwaniami nadmanganianem potasu (1 : 1000) szybko usuwa zakażenie. Jeżeli jednak nie przeprowadzać leczenia konsekwentnie przez 2 — 3 miesiące, to należy się liczyć prawie napewno z nawrotem. Według spostrzeżeń *Assindera* połączenia glicerynowe są tu zupełnie nieodpowiednie lub nawet szkodliwe, gdyż gliceryna stanowi dla pasożytów bardzo dobrą pożywkę.

C. L. Wilson, E. M. Mc. Carrol i *S. C. Campbell* (Chicago, Journ. Nat. Med. Ass. 1936, tom 28), badając 300 ciężarnych, znaleźli trichomonady u 63 i objawy zapalne u 10. U wszystkich pacjentek zakażonych trichomonadami (63) i dotkniętych swoistym nieżytem pochwy wydzielanie pochwowe było znacznie zwiększone. Najlepsze wyniki lecznicze dawały przepłukiwania i codzienne zakładanie tabletek Deveganu wysoko do sklepień pochwowych. Dawniej przy ostrych nieżytach pochwy stosowano ponadto miejscowo jeszcze barwnikowy związek rtęciowy. Zabiegi te w połączeniu z Deveganem stanowią najprostszy i najpewniejszy sposób leczenia upławów podczas ciąży. *K. J. Karnaky* (Houston, Texas; South-Med. Journ. 1935, tom 28) stwierdził, że oprócz trichomonad najczęstszą przyczyną upławów i nieżytu pochwy jest Monilia albicans. *Karnaky* leczył już oddawna zakażenie wywołane przez monilie 2%-owym alkoholowym lub 5 — 7%-owym wodnym roztworem fioletu gencjanowego. Od czasu zapoznania się z Deveganem autor stosuje już wyłącznie ten preparat. *K. Duff* (Lancet 1936, Nr 5871) znalazł u 14 spośród 30 kobiet (czyli prawie w 50%) trichomonady i stwierdził, że Devegan leczy tę postać zakażenia znacznie prędzej niż wszelkie poprzednio przez niego stosowane środki. *Duff* nie uważa oczywiście Deveganu za jedyny skuteczny środek dla leczenia w ogóle wszelkich upławów, lecz przy najczęstszej przyczynie upławów polegającej na zakażeniu trichomonadami Devegan jest niewątpliwie preparatem najpewniejszym.

Dr RUDOLF MANCKE. Klinika Wew. w Lipsku, Dyrektor prof. dr Morawitz.

PRÓBA MILLONA. NOWY SPOSÓB WYKRYWANIA ZMIAN CHOROBOWYCH MIĄŻSZU WĄTROBOWEGO ZA POMOCĄ BADANIA MOCZU.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1934, Nr 26).

Diagnostyka czynnościowa wątroby umożliwiła dokładne poznanie zaburzeń, jakie zachodzą w przemianie materii podczas chorób wątroby. Pomimo wielkiego teoretycznego i naukowego znaczenia tych badań nie zyskały one jednak większego rozpowszechnienia i nie przeniknęły do praktyki codziennej, gdyż są zbyt trudne i zawiłe; przeprowadzenie tych badań i dokonywanie licznych analiz moczu lub krwi jest możliwe jedynie w warunkach klinicznych.

W przypadkach schorzeń wątrobowych stosowano dotychczas z powodzeniem jedynie dwie metody badania, a mianowicie badanie urobiliny lub urobilinogenu i bilirubiny w moczu.

Jednakże w przypadkach, w których rozchodziło się o rozpoznanie miąższowego schorzenia wątroby lub o dokładną ocenę natężenia istniejących zaburzeń, obie te metody często zawodziły. Otóż badania tego rodzaju mają dla nas wielkie znaczenie praktyczne, gdyż rozpoznanie rodzaju schorzenia i zastosowanie w porę odpowiedniego leczenia za pomocą insuliny i węglowodanów oraz za pomocą lecytyny pozwala nam obecnie na skuteczne zwalczanie niebezpiecznych zaburzeń wątrobowych i zapobieganie groźnej niedomodze wątrobowej.

Autor zdaje sprawę z wyniku systematycznych badań przeprowadzanych na wielkim materiale chorych na wątrobę, mających na celu rozpoznanie wydolności czynnościowej miąższu wątrobowego. Badania wykonywano za pomocą odczynnika *Millona* w moczu.

Sposób badania: do moczu dodaje się jednakową objętość odczynnika *Millona*, gotuje się i przesącza. Wynik dodatni polega na zabarwieniu się przesączu na kolor czerwony.

Przygotowanie odczynnika *Millona:*

Określoną ilość rtęci rozpuszczamy na zimno w dwukrotnie większej ilości kwasu siarkowego (ciężar właściwy 1,42), następnie ogrzewamy z lekka i rozcieńczamy w 2 częściach wody. Po kilku godzinach odlewamy przezroczysty płyn.

Badania wykazały, że dodatni wynik tej próby występuje najsilniej w ciężkich i rozlanych miąższowych schorzeniach wątroby, jak np. w ostrym żółtym zaniku wątroby. Mieszanina moczu z odczynnikiem *Millona* zabarwia się wówczas na kolor ciemno czerwony. W ostatnim okresie marskości wątroby próba daje często wynik wybitnie dodatni.

Mocz przy żółtaczce nieżytowej nie zawsze daje jednakowe odczyny. W niektórych przypadkach, które przebiegały bez objawów poważnych zmian miąższowych (brak charakterystycznego „foetor hepaticus" i stanów podniecenia) próba dawała jednak wynik dodatni. W przypadkach tego rodzaju próba *Millona* ma wielkie znaczenie praktyczne, gdyż dodatni jej wynik dowodzi, że nawet pomimo pozornie łagodnej żółtaczki nieżytowej mogą istnieć rozległe zmiany zwyrodnieniowe miąższu wątrobowego. W przypadkach takich bezwarunkowo wskazane jest zastosowanie leczenia chroniącego komór-

ki wątroby. Próba *Millona* oddaje cenne usługi również przy trudnym czasami różnicowaniu między żółtaczką mechaniczną i żółtaczką miąższową. Dodatni wynik próby przemawia na korzyść zmian miąższowych.

Na szczególną uwagę zasługuje następnie spostrzeżenie, że w przypadkach przewlekłych schorzeń dróg żółciowych (Cholangitis chronica) zwłaszcza z obecnością laseczników okrężnicy w soku dwunastnicowym, próba *Millona* daje czasami wynik dodatni. Można z tego wyciągnąć wniosek, że schorzenia te, pochodzenia pierwotnie żółciowego, prowadzą z biegiem czasu do zmian miąższowych, co powinno nas skłonić do zastosowania leczenia ochronnego w stosunku do wątroby.

Nie możemy tu wnikać w szczegóły mechanizmu chemicznego reakcji *Millona.* Wchodzą tu w rachubę różne pochodne oksyfenylowe, wśród których większą rolę odgrywa również tyrozyna.

ALRAUNE — MANDRAGORA.

J. Rhode (Tug Sp. 1586), *Gerard* (ref. z Herbala 1633), *dr Peters* (Pflanzen in Wort und Bild 1929).

Już od najdawniejszych czasów przypisuje się roślinie alraunie (Mandragora autumnalis) posiadanie niezwykłych sił magicznych. Przy właściwym stosowaniu alraune powiększa rodzinę i dostarcza bogactwo. W pewnych określonych warunkach czarodziejskie siły alrauny przechodzą na najmłodszego syna. Cudowny korzeń rośliny może służyć również do przyrządzania napoju miłosnego. Ponad to alraune leczy reumatyzm i czyni niewrażliwym na ból. Jeżeli zaś pycha i duma człowieka dochodzi do tego, że zaczyna sobie wy-



Mandragora w ogrodzie botanicznym. Rysunek z holenderskiego Hortus sanitatis. Claas de Graves. Antwerpia 1533.

obrażać, iż jest ulubieńcem bogów, wówczas alraune doprowadza do pomięszania zmysłów i szału. Alraune może jednak również wyleczyć obłąkanego i wypędzić z niego złe demony.

Już w czasach starożytnych poszukiwanie korzenia alrauny odbywało się z przestrzeganiem tajemniczego ceremoniału, który z biegiem czasu stawał się coraz bardziej skomplikowany. Okropne jest już samo miejsce, w którym może rosnąć czarodziejska roślina: szerokolistna, żółto kwitnąca alraune rośnie pod szubienicami. Jeżeli ją wykopać, to wydaje tak straszne i żałosne dźwięki, że poszukujący nie może ich przeżyć i wkrótce umiera. Należy wobec tego koniecznie szczelnie zatkać uszy watą lub woskiem, wyruszyć w drogę w niedzielę przed wschodem słońca i wziąć ze sobą czarnego psa, który nie posiada ani jednego białego włosa. Następnie należy uczynić nad alrauną trzykrotny znak krzyża i podkopać ją wokoło w taki sposób, aby korzeń trzymał się już tylko na trzech cienkich włóknach; włókna te przywiązuje się sznurem do ogona czarnego psa, psu pokazuje się kawałek chleba, poczem ucieka się szybko. Pies goni za chlebem, wyrywa korzeń i pada natychmiast martwy porażony śmiertelnym lamentem alrauny. Korzeń, którego podobieństwo do człowieka polega na tym, że powstał z takiej samej ziemi jak Adam, obmywa się teraz czerwonym winem, owija starannie czerwonym i białym jedwabiem, wkłada do szkatułki, obmywa w każdy piątek i wkłada podczas każdego nowiu księżyca do świeżej białej koszulki.

Nie wszyscy jednak wierzyli w te dziwne przesądy dotyczące alrauny: np. *Gerard* oraz jego służący wykopali w r. 1600 bardzo dużo czarodziejskich roślin alrauny, zasadzili je, przesadzali i nic im się złego nie stało.

Już od dawna znane było usypiające działanie alrauny, które kartagińczyk *Marhabel* wykorzystał dla celów zbrodniczych. Uśpił on swych wrogów winem z alrauny i następnie zamordował ich. Również i *Hippokrates* znał na-



Wyrywanie alrauny. Mężczyzna zatyka sobie uszy. 1460.



Mandragora z Herbala Gerarda. 1633.

senne działanie alrauny. Niektórzy autorzy uważając, że „moly“, którego działanie obronne przeciwko czarom Circe opisywał Homer, nie jest niczym innym jak właśnie korzeniem alrauny.

„Czarny był korzeń u dołu, natomiast kwiat był biały jak mleko. Bogowie nazywają tę roślinę moly. Jednak słaby ród ludzki zaledwie z trudem może moly wykopać, bogowie nieśmiertelni zaś wszystko potrafią“.

Plutarch (40 — 120 po Chr.) opisuje masowe zatrucie jadami alrauny, które miało miejsce wśród wojsk Antoniusza podczas jego pochodu przeciw Partom. Zapasy żywności w wojsku rzymskim były już na wyczerpaniu, tak że porcje chleba wydzielano na wagę srebra. „W poszukiwaniu żywności żołnierze nie mogąc znaleźć zwykłych roślin jadalnych zaczęli z głodu spożywać również inne nieznane im rośliny, a między innymi alraunę. Zjedzenie alrauny wywoływało utratę pamięci i pomięszanie zmysłów i doprowadzało wreszcie do śmierci. Wielu żołnierzy w tym obłąkaniu obracało każdy napotkany po drodze kamień, jakby to było ich obowiązkiem i rzeczą pierwszorzędnej wagi. Najskuteczniejszym środkiem leczniczym przeciwko temu szaleństwu było wino, jednakże z powodu zupełnego wyczerpania się zapasów nie można go było stosować, wobec czego ludzie masowo umierali“. Tam znów Kleopatra tęskni za oddalonym kochankiem i prosi: „Daj mi się napić mandragory, abym mogła przespać ten długi czas rozstania z moim Antoniuszem.“

Pliniusz (23—79) opisuje trafnie hipnotyczne, anamnestyczne, analgetyczne i anestetyczne działanie alrauny, przesadza jednak twierdząc, że ludzie, którzy zbyt długo wąchają jej korzeń tracą mowę. *Pliniusz* opisuje również działanie nasenne oraz działanie odtruwające w przypadkach pokąsania przez jadowite



Wyrywanie alrauny. 1560.



Mandragora z Hortus sanitatis. 1530.

węże. Wspomina następnie, że sok alrauny stosowano jako środek usypiający przed operacjami (podobnie jak później w czasach średniowiecznych gąbki usypiające?). We Włoszech w średniowieczu działanie alrauny było jeszcze powszechnie znane. Nie jeden przypadek pozornej śmierci zależał od zastosowania zbyt dużej dawki i kierował bieg zdarzeń ludzkich w kierunku tragicznym (np. Julia Szekspira) albo komicznym (Ruggieri, Bocaccio).

Również i w świecie germańskim alraune odgrywała wielką rolę, pomimo że według badań *Petersa* roślina ta w Niemczech wcale nie rośnie. Ludy germańskie znały dobrze magiczne siły alrauny. Według mitologii *Juliusza Grimma* korzeń rośliny wyjaśnia na zadane mu pytania tajemnicę przyszłości. „Posiadanie alrauny chroni przed wrogami, przynosi szczęście w małżeństwie, moneta położona na noc obok alrauny podwaja się nazajutrz, nie należy jednak od alrauny żądać zbyt wiele. Jeżeli właściciel alrauny umiera, to staje się ona własnością najmłodszego syna, pod warunkiem że włoży on do trumny swego ojca kawałek chleba i monetę".

Alraune może sprowadzać uczucie miłości albo też miłość zniszczyć. Święta Hildegarda z Bingen (1136) starała się za pomocą mandragory wypłoszyć diabelskiego zalotnika. Mandragora sprawiała, że dzieci rozwijały się pomyślnie i kochały rodziców oraz że mąż odnosił się życzliwie do swej małżonki.

Szekspir, który nie jeden temat zaczerpnął z Dekamerona Bocaccia, wspomina o mandragorze w Romeo i Julii, w Otellu i w Henryku VI. W Otellu znajdujemy następujący zwrot (III, 3):

Ani mak, ani mandragora
Ani żadne nasenne soki świata
Nie sprowadzą już nigdy tak
[słodkiego snu,
W jakim wczoraj byłaś pogrą-
[żona".

W Herbalu *Bartholomewa* znajdujemy szczegółowy opis własności znieczulających alrauny.

Hermann Boerhaave na początku 18. wieku leczył bolesne owrzodzenia liśćmi mandragory w mleku. Jeszcze w roku 1925 *Leclerc* (Bull. Gen. Therap. 1925, 176) zalecał alraune dla leczenia krztuśca. Współczesna farmakologia poznała dokładnie działanie mandragory, alkaloidu zbliżonego do atropiny i hyoscyaminy i pozbawiła w ten sposób alraune wszelkiej mistyki.



Według Antiquitates silectae septentrionales et celtiae J. G. Keysler. 1720.

Wypróbowane recepty

OREXIN.

Rp. Orexini tannici 0,25
D. t. dos. XII
S. 2 — 3 razy dziennie po 1 proszku na 2 godziny przed jedzeniem.
Wskazania: brak łaknienia, niepowściągliwe wymioty ciężarnych, choroba morska, powietrzna i kolejowa, kuracja tucząca.

ALBARGIN.

Rp. Albargini 0,2 (—0,4)
Aq. dest. ad 200,0
S. Do wstrzykiwań

Rp. Albargini 1,0 (—2,0)
Aq. dest. ad 100,0
S. Do wstrzykiwań.
(Dla leczenia poronnego wstrzyknąć do cewki moczowej 10—12 cm^3).

Rp. Albargini 0,5 (—1,0)
But. Cacao qu. s. ad massam, aqua form. bac. Nr. X.

TUMENOL - AMMONIUM.

Rp. Tumenol Ammonii 2,0
Linim. Zinci ad 100,0

Rp. Tumenol Ammonii
Tinct. Jodi aa 2,0
Ol. Ricini 1,0
Collodii ad 25,0
M. D. S. Do pendzlowania (przy odmrożeniach).

CIGNOLIN.

Rp. Cignolini 0,5—2,5
Acidi salicylici 0,5
Hydrarg. praec. alb.
Bismut. subnitr. aa 10,0
Ung. paraffini ad 100,0
S. Maść.
(Przy łuszczycy, liszaju).

Rp. Cignolini 1,0—2,0
Tumenol- Ammonii 5,0
Ungt. moll. ad 100,0
S. Maść (przy łuszczycy).

Rp. Cignolini 0,05—0,1
Liq. carbon. deterg. 5,0
Acidi salicylici 0,5
S. Maść. (Przy łysieniu, figówce, łupieżu, pryszczycy itd.).

SUPRARENIN.

Rp. Suprarenin (1 : 1000) 0,15
Acidi hydrochl. dil. 0,3
Alcoh. abs. 15,0
Solve tum adde
Thymoli 0,5
Methyli salicyl. 3,0
Eucalyptoli 4,0
Ol. Ricini ad 100,0
M. D. S. Olejek do inhalacji.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Tytoń i dławica piersiowa.

Autor uważa, że około 75% przypadków lżejszych napadów dławicy piersiowej polegających na przemijających skurczach i występujących u osobników stosunkowo młodych zależy od palenia papierosów. W wieku średnim i starszym przy poważniejszych dolegliwościach dławicowych związanych ze stwardnieniem naczyń wieńcowych odsetek ten wynosi 50%. Należy pamiętać, że w wieku około 45 lub 50 lat, a czasami nawet później występuje często nadwrażliwość w stosunku do tytoniu, tak że pacjenci dostają dolegliwości anginoidalnych nawet po wypaleniu niewielkiej ilości papierosów, które poprzednio znosili zupełnie dobrze. Często obserwujemy pacjentów, którzy dotychczas palili bezkarnie i nagle w wieku około 45 — 50 lat zaczynają wykazywać objawy nietolerancji; główną przyczyną tej zmiany tolerancji jest postępujące stwardnienie tętnic. Autor uważa, że tak częste obecnie przypadki nagłej śmierci sercowej u ludzi w wieku około 50—60 lat zależą więcej od nadużywania tytoniu niż od alkoholu lub innych szkodliwych czynników. Tytoń do żucia nie jest pozbawiony nikotyny (jak podaje *Starkenstein*), lecz zawiera jej 1/2% *(Schönemann)*.

Wielu chorych po wystąpieniu pierwszych, łagodnych stosunkowo objawów ucisku w klatce piersiowej, w okolicy serca, zaprzestaje palić papierosy. Osoby młode już po krótkim czasie odzyskują przeważnie całkowitą wydolność krążenia. Również i u starszych pacjentów dolegliwości często ustępują prawie zupełnie, jednakże odzyskanie całkowitej wydolności wymaga już czasu dłuższego. Palacze, którzy po chwilowym zaprzestaniu palenia znowu powracają do swego nałogu, są narażeni na nawrót napadów mogących być nawet śmiertelnymi. *Deneke* jest zdania, że przy „dławicy tytoniowej" przyczyną zaburzeń chorobowych jest wyłącznie nikotyna, a nie inne składniki papierosów i zaleca wobec tego namiętnym palaczom, którzy w żaden sposób nie mogą się od palenia odzwyczaić, palenie papierosów odnikotynizowanych, które są znacznie mniej szkodliwe. 1% nikotyny ma być „nieszkodliwy" i nie wywoływać żadnych poważniejszych zaburzeń.

Prof. dr Th. Deneke, Hamburg.
(Z. f. ärztl Fortbild. 1936, Nr. 20).

Entero - colitis.

Sprawa dotyczy pacjentki, która na jesieni 1935 zachorowała na ciężki nieżyt kiszek cienkich i grubych. Choroba w ciągu następnych miesięcy stale się pogarszała. Stolce zawierają domieszkę śluzu, co pewien czas występują obfite krwawienia kiszkowe, gorączka waha się stale około 37,5°, chora chudnie, tak że od kwietnia do lipca 1936 straciła 12 kg. Znaczne osłabienie ogólne. W ostatnich czasach wyczerpanie doszło do tego stopnia, że chora musi prawie ciągle leżeć w łóżku i zupełnie nie może już opuszczać mieszkania. Ze względu na bezustanne cierpienia chora znajdowała się w stanie takiej depresji psychicznej, że myślała już o samobójstwie. Wszelkie stosowane zabiegi lecznicze pozostawały zupełnie bez wpływu na przebieg choroby.

Autor przypadkowo dowiedział się wówczas o istnieniu Torantilu. Chora otrzymała 8 wstrzyknięć. Po drugim wstrzyknięciu zaburzenia kiszkowe zaczęły się szybko poprawiać, bóle brzuszne i krwawienia ustą-

piły zupełnie, wydzielanie śluzu zmniejszyło się, chora przestała gorączkować, rozległe plamy barwnikowe na twarzy cofają się, włosy przestały wypadać. Chora czuje się z dnia na dzień coraz lepiej, odzyskuje siły, wygląda doskonale, tak że wszyscy znajomi zdumieni zapytują się, co spowodowało ten niezwykły przełom w przebiegu tej uporczywej i przewlekłej choroby.

Obecnie — w 5 tygodni po zakończeniu leczenia wstrzykiwaniami, pacjentka czuje się tak zdrowa jak przed laty. Stolce zupełnie prawidłowe, apetyt doskonały, waga zwiększyła się na razie o 2 kg.

Dr Franz Spinka,
Mödling (Austria).

Salyrgan (Sprawozdanie i wnioski).

W Szpitalu Miejskim w Mannheimie w czasie od 1927 r. do 1934 r. leczono ogółem za pomocą Salyrganu 618 chorych (91% z obrzękami sercowymi, 5% z marskością wątroby i wodobrzuszem i 4% ze schorzeniami nerek). W 71,78% przypadków Salyrgan wywołał dobrą diurezę. Największa diureza dobowa wynosiła 8800 cm^3 przy 800 cm^3 wypitego płynu. Pewien chory z obrzękami na tle niedomogi serca stracił pod wpływem wstrzykiwań Salyrganu ze strofantyną 37,5 kg! na wadze; chory ten otrzymał w ciągu 14 dni 9 wstrzykiwań dożylnych po 2 cm^3 Salyrganu. W 90 przypadkach (= 14,56%) wydalanie moczu było jedynie umiarkowane, w 24 przypadkach (= 3,88%) działanie moczopędne Salyrganu zawiodło. Salyrgan stosowano dożylnie, domięśniowo, dootrzewnowo i doopłucnowo. Największą ogólną dawkę Salyrganu otrzymała pewna chora z obrzękami sercowymi i wodobrzuszem: w ciągu 6 miesięcy wstrzyknięto jej 324 cm^3 Salyrganu. W znacznej liczbie przypadków, a mianowicie u 346 chorych stosowano Salyrgan jednocześnie ze strofantyną (w jednej strzykawce); w przypadkach marskości wątroby stosowano kombinowane wstrzykiwania Salyrganu z kwasem dehydrocholowym; zarówno strofantynę jak i Salyrgan wstrzykiwano dożylnie bardzo często w 10 cm^3 10%-owego roztworu cukru gronowego. Również i domięśniowe wstrzykiwania wyciągów wątrobowych wykonane w przeddzień zastosowania Salyrganu zwiększały jego działanie moczopędne. Diureza była szczególnie wydatna po uprzednim przygotowaniu chorego za pomocą preparatów teobrominy, a zwłaszcza po zakwaszeniu ustroju chlorkiem amonu (Mixtura solvens).

Dr F. Kosmützky, Kistrzyń.
(Rozprawa, Heidelberg 1936).

Campolon przy (wtórnej?) anemii i nerwowych zaburzeniach pęcherzowych w obrazie klinicznym hipogenitalizmu kobiecego.

Autor opisuje przypadek anemii przebiegającej z ogólnym osłabieniem całego ustroju i objawami podrażnienia błony śluzowej pęcherza moczowego. Zastosowanie Campolonu wpłynęło pomyślnie na stan krwi i przyczyniło się do ustąpienia wszystkich zaburzeń chorobowych.

20.6.1936. Chora, lat 22, panna, skarży się na bezustanne bóle głowy, zmęczenie i ciągłe parcie na pęcherz moczowy. W ciągu nocy musi oddawać mocz 5—6 razy. Pacjentka jest mała, krępa, stan odżywiania dobry. Skóra blado-żółtawa, serce i płuca bez zmian chorobowych, brzuch w okolicy pęcherza moczowego nieznacznie wrażliwy na ucisk. Miesiączkowanie skąpe, niebo-

lesne, trwa około 2 dni. W moczu 10—12 leukocytów, w każdym polu widzenia liczne krwinki czerwone z górnych dróg moczowych. Hemoglobina — 56%, erytrocyty — 3.600.000. Ciśnienie krwi 105—70.

Heksametylenotetramina, salol i t. p. sprawiły, że analiza moczu poprawiła się znacznie, lecz mimo to parcie na pęcherz i inne objawy pozostały bez zmiany. Od 20.7. do 1.10.36 chora otrzymała 20 wstrzykiwań Campolonu po 2 cm³. 20.9.1936 zawartość hemoglobiny podniosła się do 89%, ilość erytrocytów wynosi 4.000.000. Chora oddaje mocz już tylko podczas dnia 4—5 razy. Zmęczenie i bóle głowy ustąpiły. Ciśnienie krwi 120 — 75.

28.9. rozpoczęło się miesiączkowanie, które było obfite, trwało 5 dni z lekkimi bólami w krzyżu.

Dr H. J. Bosse, Stende (Łotwa).
(Priv. Arztejournal 1936 Nr. 62, 108, 296).

Niedokrwistość złośliwa.

Historie choroby 56 pacjentów dotkniętych anemią złośliwą wykazały, że stan wszystkich chorych leczonych bez kontroli nie był na ogół zadowalający. Tak np. jednego pacjenta nie można było w żaden sposób skłonić do przeprowadzenia regularnego leczenia; pomimo udzielania mu odpowiednich wskazówek, pacjent ten zadowolnił się jednym jedynym wstrzyknięciem 5 cm³ Campolonu. Po 5 tygodniach chory zgłosił się ponownie w złym stanie ogólnym; ilość krwinek czerwonych wynosiła 2,5 miliona. We wszystkich przypadkach nawrotów lub pogorszeń z powodu niedostatecznego leczenia, ponowne zastosowanie czynnych wyciągów wątrobowych szybko doprowadzało obraz krwi do normy.

Dr J. Mills i *dr Herring*, Manchester.
(Lancet 1935 Nr. 5818).

Zakażenie dróg moczowych lasecznikami okrężnicy.

Chora G. J., lat 27, zachorowała 19.X. 1936. Wywiady: od 14 dni silne bóle podczas oddawania moczu, częste oddawanie moczu, co pewien czas w moczu ukazuje się domieszka krwi. Wynik badania w dniu 19 października: bóle głowy, gorączka 38,5°. Analiza moczu: białko +, ciałka ropne ++. Leczenie: Natrii salicylici 10,0, hexametylentetramini 6,0, Aq. dest. ad 200,0, 4 razy dziennie po łyżce stołowej. 21.X: dreszcze, gorączka 41,5°. W dalszym przebiegu choroby gwałtowne dreszcze powtarzały się przeciętnie 2 razy dziennie, przy czym gorączka podnosiła się do 42° i powyżej (do miejsca, do którego sięgał termometr). 27.X. Badanie krwi żadnych większych zmian chorobowych nie wykazało. Badanie moczu: białko +, ciałka ropne ++, w posiewie czysta hodowla laseczników okrężnicy.

28.X. Prontosil doustnie i codziennie 5 cm³ domięśniowo. 29.X. gorączka — 38,5°, 30.X. — 37,5°, następnie już stale stan podgorączkowy. Dla uniknięcia nawrotu chora otrzymywała jeszcze przez kilka dni zastrzyki (ogółem dokonano 5 wstrzykiwań po 5 cm³) oraz Prontosil doustnie w dawce 3 razy dziennie po 0,3 g. Działanie lecznicze Prontosilu w tym ciężkim przypadku było szybkie i energiczne.

Dr Mammen, Carolinensiel.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 5).

W sprawie leczenia róży Prontosilem.

Pacjent ma lat 34, od kilku miesięcy przebywa w szpitalu z powodu źle gojącego się złamania podudzia, porażenia nerwów strzałkowych i uporczywego owrzodzenia skóry na podeszwie. Dotychczas wcale nie gorączkował. 2.XII. o godz. 9 wieczór dreszcze, bóle w nodze, gorączka 39,4°, tętno 120. Róża na podeszwie i na grzbiecie stopy. 3 tabletki Prontosilu. 3.XII. 40,4°, tętno 120. Pacjent robi wrażenie ciężko chorego, jest lekko zamroczony. Róża postępuje i dochodzi do połowy uda. Wstrzyknięcie 1 ampułki Prontosilu oraz 5 tabletek dziennie doustnie. Wieczorem 38°, następnie 39,2°. Objawy róży dochodzą do zgięcia pachwinowego. 4.XII. — gorączka 40,1°, zmiany skórne zatrzymały się; powtórny zastrzyk Prontosilu i 5 tabletek doustnie. Po obiedzie 39,9°. 5.XII. — 38°, zmiany skórne bledną, stan ogólny lepszy. Trzecia ampułka Prontosilu i 5 tabletek.

Po obiedzie 37,8°. 6.XII. — 36°. Od tego czasu stan bezgorączkowy, objawy róży cofają się bardzo szybko. Przez 3 dni podawałem jeszcze Prontosil do wewnątrz w dawkach coraz mniejszych. Leczenie zewnętrzne polegało na stosowaniu bizmutu z kwasem bornym.

Odniosłem wrażenie, że w tym przypadku ciężkiej róży o przebiegu wprost piorunującym natychmiastowe zastosowanie Prontosilu przerwało chorobę w sposób doraźny i doprowadziło do szybkiego wyleczenia.

Dr Blecher, Darmstadt.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 4)

Prontosil w lecznictwie dermatologicznym.

Prontosil działa pomyślnie również w przypadkach dermatoz wywołanych przez gronkowce lub paciorkowce. Następnie określone postacie pryszczycy i niektórych schorzeń pasożytniczych również reagują na Prontosil, co tłumaczy się faktem, że Prontosil zwalcza skutecznie również laseczniki okrężnicy oraz zakażenia mieszane. Dermatozy zarówno pochodzenia zewnętrznego jak i wewnętrznego poprawiają się zwykle bardzo dobrze pod wpływem Prontosilu; dotyczy to zwłaszcza schorzeń mieszków włosowych, trądzika twarzy i tułowia oraz czyraczności. Schorzenia mieszkowe leczono przeważnie Prontosilem w tabletkach (3 razy dziennie po 1—2 tabletki) i jedynie w przypadkach ciężkich stosowano domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu solubile. Autor stosuje również maść z Prontosilu album, którą przygotowuje się w następujący sposób: tabletki rozpuszcza się w wodzie, przesącza i z roztworu wytwarza się 10%-ową maść. W przypadkach trądzika, czyraczności i liszajca pospolitego maść ta sprowadza szybką poprawę. Wskazane jest przynajmniej na początku leczenia przeprowadzać terapię kombinowaną i stosować jednocześnie maść z Prontosilu oraz podawać Prontosil doustnie w dawkach 3 razy dziennie po 1 — 2 tabletki.

Dr H. Merz, Zurych.
(Schweiz. Med. Wschr. 1937 Nr. 16).

Zephirol.

Niezależnie od zwykłego stosowania Zephirolu jako środka do odkażania rąk, instrumentów i t. d., korzystałem z powodzeniem z tego preparatu dla celów leczniczych w praktyce dermatologicznej. Stosowałem Zephirol w przypadkach bardzo uporczywych zapaleń mieszków włosowych, które uprzednio w ciągu długich lat nie reagowały wcale na żadne zabiegi lecznicze (preparaty rtęciowe, siarka, lampa kwarcowa i t. d.) albo też po krótkotrwałej poprawie stale dawały nawroty. Leczenie polegało na myciu rano i wieczorem 5%-owym roztworem Zephirolu; wyniki okazały się na ogół dobre. Zastosowanie mocniejszego stężenia (roztwór 10%-owy) dawało już rezultaty całkowicie zadowalające. U 2 chorych dotkniętych figówką niezakaźną (Sycosis non parasitaria) 4-dniowe leczenie doprowadziło do zupełnego ustąpienia wszystkich objawów chorobowych. Terapia polegała na myciu 3 razy dziennie 20%-owym roztworem Zephirolu, po czym płyn pozostawiano do wyschnięcia. Stężenie to nie wywoływało żadnych objawów podrażnienia skóry, natomiast nierozcieńczony Zephirol, stosowany 3 razy dziennie, okazał się środkiem zbyt mocnym, którego chorzy nie znosili.

Dr W. Christ, Langenlonsheim, Nahe.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 9)

Nosiciele dziedziczności u ludzi.

Nauka o dziedziczności wykazała w sposób przekonywujący, że nosicielami cech dziedziczących się według praw *Mendla* są chromozomy, stanowiące jak wiadomo główną część składową jąder komórkowych. Ilość, wielkość i kształt chromozomów ludzkich zostały już dokładnie zbadane. Człowiek posiada w swoich niedojrzałych komórkach płciowych 48 chromozomów. Dwa spośród nich są chromozomami płciowymi; zawierają one w sobie zalążki tych cech, które są związane z rodzajem płci. U osobników żeńskich istnieją dwa jednakowe t. zw. chromozomy X, wzór chromozomów brzmi więc 46 + XX. U osobników

męskich istnieje tylko jeden chromozom X, lecz oprócz niego jeszcze jeden bardzo mały twór, który nazywamy chromozomem Y; wzór brzmi więc 46 + XY. Podczas dojrzewania komórek płciowych ilość chromozomów redukuje się do połowy. Wszystkie jajka zawierają 23 + X chromozomów, plemniki zaś są dwóch rodzajów: 23 + X i 23 + Y. Jeżeli plemnik X zapładnia jajo, to powstaje wzór żeński 46 + XX, jeżeli zaś zapładnia plemnik Y, to powstaje wzór męski 46 + XY. Ten typ XY mechanizmu chromozomów płciowych jest u zwierząt ssących ogólnie rozpowszechniony, — stwierdzono go również u małp. Niestety małp człekokształtnych dotychczas jeszcze pod tym względem nie zbadano. Dawniej przypuszczano, że istnieją również chromozomalne różnice rasowe. Obecnie już wszystkie główne rasy ludzkie zostały zbadane, lecz uchwytnych różnic przy tym nie stwierdzono. Dokładnym badaniom poddano nie tylko chromozomy ludzkich komórek płciowych, lecz również i różne inne komórki ustrojowe. Wyniki tu nie okazały się tak jednolite, gdyż stwierdzono różne wahania ilościowe, wskutek nieprawidłowo przebiegających podziałów jądrowych. Przy badaniu różnych tkanek ciągle jednak natrafiamy na liczbę 48, tak że również dla komórek ustrojowych człowieka można naogół uznać charakterystyczną liczbę chromozomów wynoszącą 48.

Dr Heberer, Frankfurt n. M.
(Forschgn. u. Fortschr. 1936 Nr. 32).

Fluor albus.

Autor leczy upławy wywołane przez trichomonady za pomocą Deveganu i osiąga bardzo pomyślne wyniki. Po starannym oczyszczeniu pochwy (przepłukiwania kwasem bornym, solą kuchenną, nadmanganianem potasu lub naparem z rumianku) układa się tabletki Deveganu długimi cążkami w około szyjki macicznej. Czasami zdarza się, że tabletki wywołują wrażenie palenia, należy wówczas na jeden lub kilka dni leczenie przerwać. Jeżeli przy zmniejszaniu się upławów tabletki rozpuszczają się coraz trudniej, to przed użyciem wkładamy je na krótko do wody, aby nieco rozmiękły. Przy wiotkim dnie miednicy utrzymujemy tabletki na właściwym miejscu za pomocą tamponów. Upławy ustępują zwykle już po kilku zabiegach, jednakże leczenie należy kontynuować jeszcze przez 2—3 miesiące. Ilość stosowanych tabletek stopniowo zmniejszamy, jednakże bezpośrednio po miesiączkowaniu należy na pewien czas dawkę znowu zwiększyć. Nadżerki szyjki macicznej ustępują jednocześnie ze zniknięciem upławów.

Dr H. Renton, Durban.
(South. Afric. Med. II 1936 tom 10).

Leczenie pląsawicy wstrzykiwaniami Evipanu-Natrium.

Chora lat 18, cierpi na nawrót pląsawicy. Jako zabieg leczniczy wstrzyknięto pacjentce 2 cm³ Evipanu-Natrium dożylnie. Chora natychmiast po wstrzyknięciu zasnęła, następnie obudziła się spokojna, ruchy pląsawicze na 15 minut zupełnie ustąpiły. Po drugim dożylnym wstrzyknięciu 2 cm³ (w tym samym dniu) zaburzenia chorobowe powróciły dopiero po 30 minutach i w znacznie łagodniejszej postaci. Następnego dnia chorej ponownie wstrzyknięto dożylnie 2 razy po 2 cm³; trzeciego dnia ruchy pląsawicze ustąpiły prawie zupełnie. Wstrzyknięto wówczas 5 cm³ domięśniowo. Po 20 minutach chora zasnęła na 2 godziny, po obudzeniu się objawów pląsawicy nie było

już wcale, tak że pacjentkę po 2 tygodniach wypisano jako wyleczoną.

Drugą 14-letnią pacjentkę dotkniętą pląsawicą, leczono od samego początku domięśniowymi wstrzykiwaniami Evipanu-Natrium. W 1., 3. i 5. dniu wstrzyknięto po 5 cm³. Wobec tego że objawy chorobowe nie ustąpiły jeszcze zupełnie, po tygodniu wstrzyknięto jeszcze 3 razy po 5 cm³ co drugi dzień, po czym zaburzenia pląsawicze ustąpiły już ostatecznie.

Trzecia, 14-letnia dziewczynka, cierpiąca na pląsawicę połowiczą, otrzymała 5 domięśniowych wstrzykiwań po 5 cm³ Evipanu-Natrium. Wstrzykiwania powtarzano w 3-dniowych odstępach. Zupełne wyleczenie.

8-letnią dziewczynkę, dotkniętą ciężkimi ruchami pląsawiczymi wszystkich kończyn i głowy, leczono przez 14 dni codziennymi domięśniowymi wstrzykiwaniami Evipanu-Natrium w dawkach po 2 cm³. Wobec tego że objawy pląsawicy nie ustąpiły zupełnie, zwiększono codzienną dawkę do 4 cm³, po czym po tygodniu zaburzenia znacznie złagodniały a jeszcze po kilku dniach ustąpiły już ostatecznie.

Inna 8-letnia dziewczynka dotknięta pląsawicą połowiczą prawej połowy ciała otrzymywała codziennie po 4 cm³ Evipanu-Natrium domięśniowo. Po upływie tygodnia objawy pląsawicy ustąpiły bez śladu.

U wszystkich tych 5 pacjentek tolerancja Evipanu - Natrium była bardzo dobra, wstrzykiwania nie wywoływały żadnych niepożądanych przykrych objawów ubocznych. Nie ulega wątpliwości, że leczenie Evipanem-Natrium skraca czas trwania choroby. Być może, że uda się czas leczenia skrócić jeszcze bardziej, jeżeli się będzie wstrzykiwało preparat w krótszych odstępach czasu. Na podstawie swoich spostrzeżeń autorzy dochodzą do wniosku, że spośród wszystkich znanych i stosowanych środków dla leczenia pląsawicy Evipan-Natrium przedstawia środek stosunkowo najskuteczniejszy.

Dr J. Jüngerhans i *dr J. Roovers*, s'Gravenhage.

(Nederl. Tijd. Genesk. 1936 Nr. 43)

[*Cole* (Cambridge, Lancet 1936 Nr 5908) leczył ciężką pląsawicę również Avertiną. *Cole* opisuje historię choroby pewnej 11-letniej dziewczynki dotkniętej ciężkimi bezustannymi drgawkami pląsawiczymi, które prawie zupełnie uniemożliwiały picie i jedzenie oraz nie pozwalały ani na chwilę zasnąć. Hyoscyna i Luminal oraz przebywanie w ciemności pozostawały zupełnie bez wpływu na przebieg choroby, natomiast zastosowanie Avertiny uratowało życie pacjentki. Pierwsza dawka Avertiny w płynie wynosiła 2,5 cm³ odpowiednio do wagi chorej (25 kg). Avertinę podawano per rectum w uśpieniu chloroformowym. Ogólna dawka zastosowanej Avertiny wynosiła 115,5 cm³ w ciągu 21 dni w 45 dawkach. Przeciętna dawka dobowa wynosiła 9 cm³. Jednego dnia zastosowano nawet 12,5 cm³ (w 5 dawkach), t. zn. dawkę 5 razy większą, niż dawka zwykle stosowana dla celów uśpienia. Pierwszą wyraźną poprawę stwierdzono w 7. dniu leczenia, po upływie miesiąca dziecko było już zdrowe].

Wzory recept z Mitigalem.

Rp. Hg. oxydati rubri 1,0
Mitigali 24,0
Zinci oxyd. crudi
Amyli
Glicerini aa 20,0
Aq. dest. ad 100,0
M. f. unguentum.

Maść powyższa daje szczególnie pomyślne wyniki lecznicze zwłaszcza w przypadkach liszajców (Impetigo) i trądzika (Acne). Zamiast wody można zastosować również Spiritus dilutus.

Rp. Mitigali
Zinci oxyd. crudi
Amyli
Aq. dest. aa ad 100,0
M. f. unguentum.

Maść ta jest miękka i przyjemna. Jest ona wskazana przy wszystkich wypryskach w fałdach skóry, przy wielu pryszczycach, a zwłaszcza przy pryszczycy łojotokowej (Eczema seborrhoicum) i to zarówno na twarzy jak i na szyi, piersiach lub plecach.

Następnie stosuje się tę maść z powodzeniem przy trądziku łojotokowym (Acne seborrhoicum).

Rp. Mitigali
Zinci oxyd. crudi
Amyli
Glicerini aa 25,0
Aq. dest. 100,0
M. D. in vitro amplo.

S. Przed użyciem dobrze wstrząsnąć.

Recepta ta wywiera doskonały wpływ uśmierzający na wszelkie postacie swędzenia oraz działa bardzo dobrze w przypadkach pokrzywki. Zamiast wody można zastosować również Spirit. dilut.

Dr Wendt, Hanower.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 6).

Leczenie duru plamistego.

Autorzy obserwowali 954 chorych na dur plamisty. Śmiertelność wynosiła 9,5%. 94 najciężej chorych (przeważnie powyżej 40 lat) leczono Rivanolem. 5 chorym wstrzykiwano codziennie po 10 cm³, 5 — po 20 cm³ i pozostałym 84 — po 40 cm³ (rano i wieczór po 20 cm³). Dawki stosowano indywidualnie odpowiednio do tolerancji. Po 2. lub 3. wstrzyknięciu stan ogólny chorych poprawiał się wyraźnie. Czas trwania choroby pacjentów leczonych Rivanolem był krótszy. Śmiertelność w grupie ciężko chorych wynosiła 10%.

Dr Gh. Munteanu, dr A. Galaguta i dr J. Goldberg, Chisinau.
(Romania Med. 1936, Nr. 20).

W sprawie znieczulenia otrzewnej.

Przy operacjach brzusznych *Wegener* po miejscowym znieczuleniu powłok brzusznych za pomocą 100 cm³ 1½%-owego roztworu Novocainy z dodatkiem Suprareniny wlewa do otwartej jamy brzusznej do 300 cm³ 1,5‰-owego roztworu Pantocainy z dodatkiem Suprareniny. Wywołane w ten sposób znieczulenie trwa 2 — 2½ godziny. W 72 przypadkach było ono dostateczne, w 53 przypadkach trzeba było jeszcze zastosować uśpienie dodatkowe (eter lub Evipan-Natrium). *Wegener* przypisuje bardzo duże znaczenie dodawaniu do potrzebnej ilości Pantocainy 8 — 10 kropel Suprareniny (1 : 1000). Suprarenina zapobiega zbyt szybkiemu wchłanianiu się środka znieczulającego, które mogłoby ew. doprowadzić do wystąpienia toksycznych objawów działania ubocznego.

Dr Wegener,
Szpital Mariański, Akwizgran-Burtscheid.
(Münch. m. W. 1937 Nr. 9 i 12).

Znaczenie pory podawania leków.

W przypadkach reumatyzmu stawowego wskazany jest następujący schemat leczenia: o godz. 8, 12, 16, 20 podajemy po 2,0 — 2,5 Natrii salicylici. Pożądane jest, aby 2 dawki zastosować w lewatywach, dawki doustne podajemy w opłatkach albo w postaci syropu, po każdej dawce doustnej chory powinien wypić pewną ilość mleka albo przyjąć 1 g Natrii bicarbonici. Leczenie to powinno w ciągu 2—3 dni doprowadzić do spadku gorączki i ustąpienia obrzmienia stawów. W przeciwnym wypadku oraz w razie wyraźnej nietolerancji stosowanie salicylu przerywamy i natychmiast zastępujemy go Pyramidonem. Tego samego wieczora w dniu, w którym odstawiliśmy salicyl, należy jeszcze podać choremu co najmniej 2 razy po 0,4 g Pyramidonu. Następnie w dalszym przebiegu leczenia podajemy po 0,4—0,6 g Pyramidonu o godzinie 8, 12, 16, 20 i 24. Przy indywidualnie dostatecznym dawkowaniu spadek gorączki następuje zwykle po 24—36 godzinach. Wolno wówczas stopniowo dawki zmniejszać, mniej więcej codziennie o ¼ dawki początkowej. W dalszym ciągu dozwolone są łagodne zabiegi cieplne i masaże, jeszcze później można stosować ćwiczenia ruchowe i wreszcie wodolecznictwo. W odpowiednich przypadkach wchodzi w rachubę tonsilektomia lub usunięcie innych ognisk zakaźnych, będących źródłem zakażenia.

Prof. dr H. Königer,
Kl. Wew. Erlangen.
(D. M. W. 1937, Nr. 12).

Hormony — witaminy — fermenty.

Między hormonami, witaminami i fermentami istnieją bardzo bliskie stosunki, pomimo ze związki te należą do zupełnie odmiennych grup chemicznych. Budowę chemiczną niektórych hormonów i witamin poznaliśmy już bardzo dokładnie, natomiast wiadomości nasze o własnościach chemicznych fermentów były jeszcze do niedawna bardzo skąpe. Zaliczenie fermentów do określonej grupy chemicznej i wyjaśnienie właściwego „wzoru" fermentów nie jest jeszcze możliwe. Pomimo to badania ostatnich czasów wyjaśniły niektóre szczegóły chemii fermentów. Zaczyny o działaniu katalitycznym nie są jednolitymi „związkami chemicznymi" w ogólnym tego słowa znaczeniu, lecz przedstawiają związki zespolone zawierające co najmniej dwa składniki: „agon" (według *Krauta*), czyli właściwą substancję katalityczną i „pheron" (według *Krauta*), czyli związek stanowiący jakby podstawę agonu i składający się z białka lub węglowodanów koloidalnych o typie skrobi. Jedynie połączenie części składowych układu, a nie każda część oddzielnie, działa katalitycznie. Każdy ferment przedstawia więc połączenie zespolone grupy czynnej ze związkiem podstawowym. Działanie katalityczne możemy sobie wyobrazić w ten sposób, że na powierzchni związku koloidalnego odbywa się rozstrzygające związanie grupy czynnej ze związkiem podlegającym rozkładowi, prowadzące do katalizy. Kilka grup czynnych udało się już bliżej poznać i zbadać. Ferment oddechowy *Warburga*, najważniejszy czynnik utleniania związków komórkowych, posiada oprócz białkowego pheronu grupę czynną, bardzo podobną do barwnika krwi, heminy. Drugi ferment oddechowy *Warburga* „żółty ferment" nie jest niczym innym jak zbadaną już witaminą B_2 składającą się z estru kwasu fosforowego + białko.

Również niektóre witaminy i hormony składają się z agonu i pheronu. *Euler* nazywa je „witazymami" lub „hormozymami".

Prof. dr Adam, Berlin.

(Zschr. f. ärztl. Fortb. 1936, 16)

Leczenie zakażenia połogowego.

Autorzy obserwowali 70 przypadków zakażenia połogowego. 22 przypadki leczono za pomocą preparatu Prontosil album. W 4 przypadkach stosowano ponadto jeszcze Prontosil solubile, który wstrzykiwano w ciągu 3 dni w dawkach po 40 cm³ dziennie domięśniowo. Dawka dobowa preparatu Prontosil album wynosiła 3 g lub więcej; chore znosiły te duże dawki przeważnie bez żadnych poważniejszych zaburzeń. Objawy toksycznego działania ubocznego były minimalne. Dwukrotnie stwierdzono lekki białkomocz, następnie w dwóch przypadkach wystąpiła sulfhemoglobinemia, jednakże jednej chorej jednocześnie z Prontosilem podawano również siarczan magnezu, który mógł być przyczyną tej niewielkiej zmiany barwnika krwi. Wynika z tego, że jednoczesne podawanie Prontosilu i Magnesii sulphurici jest przeciwwskazane. Spośród 22 pacjentek 21 udało się uratować. Śmiertelność w latach 1931—1936 wynosiła 13,5%, od czasu zaś wprowadzenia w szpitalu leczenia zakażenia połogowego Prontosilem śmiertelność ta obniżyła się do 1,4%. U jednej chorej Prontosil album początkowo nie działał, dopiero gdy przed każdą dawką Prontosilu chorej podawano 15 kropel rozcieńczonego kwasu solnego, preparat natychmiast ujawnił swój pomyślny wpływ leczniczy.

Dr Foulis i *dr Barr*, Glasgow.

(Brit. med. Jl. 1937 Nr. 3937).

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.